Rok XLVI. Kraków, dnia 2. listopada 1907. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy.)

Co do raka[3]) kątnicy, to tu rozważania nasze co do wskazań operacyjnych ustają, jak wogóle przy raku; oceniamy tylko wykonalność zabiegu doszczętnego. Chory z rakiem kątnicy, podobnie jak przy gruźlicy, zwraca się do chirurga przeważnie z dość daleko posuniętym nowotworem. To wynika z tego, że początkowe okresy choroby przebiegają dla chorego niepostrzeżenie, lub przy objawach tak niewyraźnych i nieznacznych, że nawet ci chorzy, którzy są pod opieką lekarzy, tracą czas na bezskuteczne próby leczenia wewnętrznego. Dopiero często po pierwszym silniejszym i wyraźniejszym ataku zwężenia jelit guz zjawiający się w okolicy dołu biodrowego prawego skierowuje ich we właściwe ręce.

Podobnie, jak co do zaniedbań raka odbytnicy musimy uwzględniać cenną radę Rydygiera, by przy najlżejszem podejrzeniu nie oszczędzać choremu, ani tem bardziej sobie, zbadania zapomocą palca, tak i tu za słuszną będziemy uważali wskazówkę Schloffera, by przy wszelkich, choćby lekkich i niewyraźnych objawach jelitowych przewlekłych ogromnie starannie obmacywać brzuch, a niejednokrotnie znajdziemy namacalną przyczynę obrazu chorobowego (naturalnie, po usunięciu skupień kałowych przez odpowiednie przygotowanie chorego).

Odróżnienie raka kątnicy od guza gruźliczego jest rzeczą trudną, a często niemożliwą. Autorowie zgodnie podają i nasze doświadczenie to potwierdza, że dokładne rozpoznanie udaje się nieraz dopiero przy pomocy mikroskopu. Żadnych swoistych chorobowych objawów oba te cierpienia nie mają. W obu mamy guz, napady zwężenia jelit, mniej lub bardziej przewlekły przebieg. Ruchomość guza, stopień twardości i nierówności jego, żywsza lub mniej żywa bolesność, wiek chorego zarówno w 2., 3., jak 5., 6. lat dziesiątku, wahania ciepłoty, stopień i rodzaj wyniszczenia, mogą w zestawieniu dać tylko mniejsze lub większe prawdopodobieństwo trafnego rozpoznania. Nawet znalezienie w kale prątków Kocha może, jak tego są przykłady, wprowadzić w błąd, ponieważ rak kątnicy bywa powikłany gruźlicą płuc i wtedy prątki pochodzić mogą z połykanej plwociny (Körte).

Rak kątnicy posiada pewne niewątpliwe a pomyślne cechy w porównaniu z rakiem innych okolic ciała. Przedewszystkiem uderza, że stosunkowo długo pozostaje on cierpieniem miejscowem, ograniczonem do miejsca swego powstania i najbliższych gruczołów chłonnych krezkowych. Pomimo, że jak wspomniałem, chorzy szukają pomocy chirurga przeważnie w posuniętych okresach choroby, wzmianki o przerzutach spotykamy rzadko (stosunkowo najczęściej w wątrobie). Dalej uderza okoliczność rzadkich, jak na raka, nawrotów choroby po zabiegach. Machard podaje zaledwie 3 przypadki takie na 53 operowanych doszczętnie (5,66%). Cyfra ta wygląda niezwykle pomyślnie, jeżeli nawet przypuścimy zbyt krótkie spostrzeganie i brak wiadomości o losach wielu chorych. Przypadki Körtego, Zimmermanna (Krönlein), Bakesa wykazują szereg wyleczeń zupełnych, trwałością swą znacznie przewyższających wymagany dla stwierdzenia uleczenia okres 3-letni. Przytoczę dla przykładu parę drobnych, ale wymownych cyfr. Körte na 5 operowanych doszczętnie przypadków raka kątnicy widział nawrót choroby raz jeden; drugi chory zmarł w ciągu roku niezależnie od zabiegu i raka, 3 pozostali żyją bez nawrotu $8\frac{1}{2}$, 6 i $5\frac{1}{4}$ roku; w pracy Zimmermanna widzimy wyleczenie po lat 14, 5, 5 i dwa poniżej 3 lat, o nawrotach nie ma mowy. Bakes przytacza 4 swoje przypadki bez żadnego nawrotu (co prawda najdawniejszy $3\frac{1}{2}$ roku). Spostrzeżenia to wprawdzie nieliczne, ale większych zestawień, dotyczących poszczególnie raka kątnicy, nie znalazłem w piśmiennictwie.

Nawet co do raka jelit wogóle, do wyprowadzenia odsetki nawrotów użyto w podręczniku Bergmanna, Brunsa i Mikulicza 1902 wyd. II, za podstawę zaledwie 24 przypadków, z wyleczeniem trwałem 37%. Trudno więc bez większego materyału statystycznego już teraz kusić się o ustalenie pewnej przeciętnej. Z drugiej strony nie mamy powodu danych powyższych uważać za wyjątkowe. Uderzająco mała ilość nawrotów wobec zwróconej w tym kierunku uwagi autorów stanowi w każdym razie okoliczność niezwykle pomyślną i zachęcającą.

W ogólnej ilości przypadków raka jelita grubego rak kątnicy zajmuje wybitne miejsce co do częstości. Przytoczone u Langemaka statystyki różnych autorów, z których największa (Leichtensterna) obejmuje 770 przypadków, najmniejsza (Rueppa) — 99, wykazują wahania od 4·1% do 10·1%.

[3]) Najczęściej spotyka się tu raki gruczołowate (*adenocarcinoma*), potem w porządku zstępującym co do częstości: rak włóknisty i galaretowaty (*scirrhus* i *carcinoma gelatinosum*).

Jeżeli wyłączymy najczęstsze, jak wiadomo, umiejscowienie w odbytnicy, to dane różnych autorów przedstawiać się będą w sposób następujący:

Krönlein (Zimmermann) na 36 przypadków — w kątnicy 9 (25%) (*flex. sigm.* 15);

Schloffer na 32 przypadków w kątnicy 15 (47%) (*flex. sigm.* 12);

Körte na 63 przypadków w kątnicy 15 (24%) (*flex. sigm.* 19);

Hochenegg na 46 przypadków w kątnicy 10 (22%).

Z ogólnego zestawienia przypadków Krönleina, Körtego, Czernego, Billrotha (Salzer), Königa wypada na 61 przypadków raka jelita grubego z wyłączeniem odbytnicy na raka kątnicy 30 (49%). Jak widzimy, z rakiem kątnicy może współzawodniczyć co do częstości jedynie rak jelita esowatego, inne umiejscowienia schodzą zupełnie na dalszy plan; w ogólnej ilości raków jelita grubego umiejscowienie w kątnicy zajmuje zatem drugie miejsce; pierwsze należy do odbytnicy.

Śmiertelność po resekcyi kątnicy rakowatej jest stosunkowo wysoką, wyższą niż przy gruźlicy. Machard podaje ją na 35·6% (na 53 przyp. — 21). Z zestawienia odsetkowego przypadków innych autorów, z prac których wyodrębniłem specyalnie przypadki raka kątnicy, wypada 36% [Krönlein 6 przyp. — 3 śmiert., Schloffer 9 przyp. — 6 śmiert., Körte 6 przyp. — 0 śmiert., Bakes 4 przyp. — 0 śmiert. Razem 25 przyp. — 9 zejść śmiert. (36%)]. Statystyka de Bovisa, podana przez Kauscha i Mikulicza, podaje na 104 przypadków 38·4% śmiertelności, wogóle co do jelita grubego.

Nic dziwnego, że tak wysoka śmiertelność przy sposobie jednoczasowym wywołała dążenia do odmian i spowodowała powstanie, szczególnie dla raka, metod wieloczasowych.

O ile można wnosić ze statystyki śmiertelności zabiegów łagodzących [de Bovis: utworzenie przetoki kałowej 38·6%, połączenie sztuczne jelit 27·5%; Machard: usunięcie guza i założenie odbytu sztucznego — 20%], a takim przecież jest zawsze pierwszy akt każdego ze sposobów wieloczasowych, nadzieje, w sposobach tych pokładane, nie powinny, zwłaszcza przy raku, sięgać zbyt daleko, szczególnie, jeżeli na domiar zważymy uciążliwy i długi przebieg leczenia i konieczność poddawania chorych ponownym, nie obojętnym zabiegom.

Z cyfr powyższych możemy wyprowadzić jeszcze jeden wniosek, a mianowicie, że ten sam zabieg operacyjny, wykonany z powodu raka częściej da zejście niepomyślne, niż dokonany z innego wskazania. To samo da się powiedzieć o zabiegach na innych odcinkach jelit, a także o połączeniu sztucznem żołądka z jelitem (gastroenterostomia). Spostrzeżenie to każe nam chorych z rakiem przewodu pokarmowego wyosobnić w szczególnie mało odporną na zabieg operacyjny grupę. Pozostawiając na uboczu przyczynę tego zjawiska, które zależy od zatrucia toksynami rakowemi, swoistego wyniszczenia, czy innych okoliczności, musimy je zawsze brać pod uwagę przy stawianiu bezpośredniego rokowania.

Mięsak kątnicy zdarza się na ogół rzadko (p. wyżej); przypadki opisane przedstawiały przeważnie mięsak limfatyczny (*lymphosarcoma*). Jeden taki przypadek mamy, jak wspomniałem, wśród swoich spostrzeżeń. Rozpoznanie tego typu guza kątnicy jest możliwe dopiero po, a najwcześniej w czasie zabiegu operacyjnego. Zarówno wygląd makroskopowy przekroju guza, jak i zajęcie gruczołów krezkowych łudząco przypominają raka, a rozstrzyga dopiero badanie drobnowidowe. Przebieg pooperacyjny wykazuje częste nawroty.

Promienica kątnicy rzadko nadaje się do resekcyi, ponieważ choroba szybko przechodzi poza ścianę jelita na otoczenie i przez to uniemożliwia zabieg doszczętny. Körte (1895) zwraca uwagę, że promienicę kątnicy rzadko spotkamy w postaci guza, nasuwającego myśl o resekcyi, a nawet w razie rozpoznania promienicy odradza resekcyę, jako prawie nie dającą widoków wyleczenia. Przeważnie będziemy mieli do czynienia z uderzająco, charakterystycznie twardym naciekiem ściany brzusznej przedniej (i tylnej, włącznie z mięśniami i nawet kością biodrową) z przetokami, wydzielającemi swoiste dla promienicy składniki, co uchroni od pomyłki rozpoznawczej i niewłaściwego zabiegu.

Rzadkości innych, ograniczonych do kątnicy i nadających się do resekcyi postaci promienicy dowodzi fakt, że w piśmiennictwie znajdujemy zaledwie 2 przypadki odnośne, opisane przez Hofmeistera (cyt. u Brunnera 1907) pod nazwą osobną: *Actinomycoma intramurale*, z których jeden nawet przy badaniu drobnowidowem pozostawił jeszcze pewne wątpliwości,

Nie mówię tu o na ogół częstszych i przez czas dłuższy ograniczonych do miejsca swego powstania przypadkach promienicy wyrostka robaczkowego. W okresach początkowych przypadki te należą do chirurgii wyrostka, w okresach późniejszych szybko zlewają się w jedną grupę z tą postacią, którą jako podstawową dla promienicy zaznaczyłem.

Z innych spraw, które mogą dać wskazanie do resekcyi kątnicy, wymienię wgłobienie, w porównaniu z innymi odcinkami jelit, spotykane tu, jak wiadomo, najczęściej i powstające już to wskutek nowotworu (rak, mięśniak), już to bez niego, dalej przetoki ropno-kałowe, sztuczny odbyt kątniczy, przewlekłe nacieki zapalne i zwężenia przymiotowe. Największa część przetok okolicy kątniczej powstaje w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, i ich leczenie należy do chirurgii tegoż wyrostka. Dalej spotykamy tu przetoki gruźlicze, pochodzące z gruźlicy kątnicy. Towarzyszą one przeważnie temu okresowi gruźlicy jelita ślepego, kiedy już o operacyi doszczętnej nie ma mowy i kiedy w grę wchodzą zabiegi paliatywne, (zespolenie okolne, wyłączenie), dające w tych właśnie przypadkach nieraz nadspodziewanie pomyślne wyniki. (C. d. n.)

Ciśnienie krwi, prawdziwa wielkość tętna, oraz szybkość tętna w różnych stanach chorobowych.

Podał

Władysław Janowski

Docent Akademii i ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Odczyt, wygłoszony w Tow. Lek. Warszawskiem dnia 24. września 1907).

(Dokończenie).

3. Cierpienia nerek. Spostrzegałem i badałem ciśnienie krwi ogółem w 30 przypadkach zapalenia nerek.

Niekorzystny zbieg okoliczności sprawił, że przypadek ostrego zapalenia nerek mogłem zbadać tylko jeden. Przebiegał on wśród ciągle nasilających się objawów mocznicy i przy jednoczesnem zapaleniu płuc, przy ciepłocie 38°,4 do 38°,6. Mx wahało się w tym przypadku od 150 do 182, PD od 27 do 52, a PG od 90 do 122. Słowem, w przypadku tym ciśnienie krwi ani tętna wzmożone nie było, co Loeb (43) oraz Krehl (41) uważają za rzecz zwykłą w przypadkach ostrego zapalenia nerek, przebiegającego na szczycie zakażenia, a czemu, jako zasadzie ogólnej, przeczą 4 spostrzeżenia Geisboecka (21). Dla wszystkich innych przypadków ostrego zapalenia nerek cechującem jest znaczne podniesienie ciśnienia krwi, nasilające się w miarę wystąpienia objawów mocznicy, jak to zgodnie potwierdzają co do mocznicy Neu (49). Buttermann (10), Krehl (41), Loeb (43), Fellner (16, 17), Geisboeck (21) i inni, co do drgawek płodowych zaś Vaquez (70), Sarafow, Queirel et Reynaud, Pinard, Wissner oraz inni.

W przypadkach przewlekłego zapalenia nerek (21), (pomijam tu powyżej omówionych 10 przypadków tego cierpienia na tle stwardnienia naczyń, cechujących się stale bardzo wysokiem ciśnieniem krwi), stwierdzałem bardzo niejednolite zachowanie się zarówno Mx, jak i PD. Mx wahało się w moim materyale od 115 do 180, a w dwóch przypadkach do 198 mm Hg. Przy wystąpieniu objawów mocznicy Mx stale znacznie się wzmagało. Pomiędzy zaś nasileniem się samego tylko białkomoczu a Mx związku ustalić nie mogłem. To samo dotyczy PG, które wahało się w moich przypadkach pomiędzy 107 a 175 mm Hg. PD wahało się od 29 do 118 mm. W zachowaniu się jego oraz różnicy PRr -- PG przy zapaleniu nerek zauważyłem te same kombinacye, które omówiłem już przy cierpieniach serca. Dlatego nie będę tutaj ich powtarzał, ani też nie będę wyciągał tu z nich wniosków co do tego, czy można lub nie można sądzić w poszczególnych przypadkach o stanie krążenia krwi z zachowania się Mx, PD, PG oraz różnicy PRr — PG, gdyż wnioski te są podobne do omówionych powyżej przy cierpieniach nerek.

Szybkość tętna była w znacznej części przypadków pospolitego przewlekłego zapalenia nerek powyżej normy, wynosząc według mego współczynnika często 6, a nadto dochodząc w poszczególnych przypadkach do 8,0; 10,3; 11,9; 12,6, co zależało już od jednoczesnego powiększania się Mx i zmniejszania się TAP.

Z innych autorów już Potain uważał wzmożenie Mx za jeden z objawów, upoważniających do wczesnego rozpoznania przewlekłego cierpienia nerek. Geisboeck i Laqueur spostrzegali przy tem cierpieniu znaczne PG. Hensen znajdował Mx od 115 do 160 mm Hg; wzmagało się ono przy objawach mocznicy i spadało po pilokarpinie, po zabiegach napotnych lub po obfitem przeczyszczeniu chorych. Różne zachowanie się Mx przy przewlekłem cierpieniu nerek podkreślają też Buttermann oraz Fellner. Fellner znajdował przy tem Mx w granicach od 170 do 280 mm Hg i twierdzi, na równi z Geisboeckiem, że ciśnienie krwi nie jest wzmożone w przypadkach zapalenia nerek, towarzyszących gruźlicy płuc lub skazie moczanowej. Przyczyna, dla której ciśnienie krwi wzmaga się przy wystąpieniu objawów mocznicy, nie jest dostatecznie znana. Krehl, Loeb i Pal winią o to kłębki Malpighiego. Muenzer (47) twierdzi nawet, że nie ma podniesienia ciśnienia krwi przy zapaleniu nerek bez zajęcia ich naczyń włosowatych. Rola soli w tej sprawie nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną, jak to piszą Ambard i Beaujard (1). Zdaje się jednak, że wzmożenie Mx przy mocznicy zależy od wessania się znaczniejszej ilości związków, zwanych po niemiecku ogólnie »Reststickstoffsubstanzen«. Działanie ich, podnosząc Mx, jest z punktu widzenia patologii ogólnej tem ciekawsze, że byłaby to, jak słusznie piszą Ambard i Beaujard, jedyna dotąd trucizna żywotna, która nie obniża ciśnienia, lecz je podnosi.

Co do przypadków śródmiąższowego zapalenia nerek, to Mx wahało się w moich 8 spostrzeżeniach od 182 do 260 mm Hg, przy PD od 54 do 95 mm Hg. PG wahało się w 6 przypadkach od 120 do 186 mm Hg, a w dwóch z pomiędzy nich od 230 do 250 mm Hg. Znaczna wysokość Mx przy tej postaci zapalenia nerek jest faktem ogólnie uznanym. Zwracają na nią uwagę z najnowszych autorów Hensen, Buttermann, Fellner, twierdząc słusznie, że przy tem Mx dochodzi do liczb najwyższych, a Sasaparel spostrzegał nawet raz Mx = 320 mm Hg, podług przyrządu Potaina. Mojem zdaniem, tylko miażdżycowe zapalenie nerek *(nephritis arteriosclerotica)* współzawodniczy co do wysokości ciśnienia krwi z zapaleniem nerek śródmiąższowem. PD dochodzi przy tem cierpieniu również do liczb bardzo wysokich, w moim materyale aż do 108 mm Hg.

Wskutek znacznej wysokości PD, tętno, które wydaje się czasami przy tem cierpieniu przy powierzchownem jego badaniu wolnem, okazuje się przy dokładniejszem rozpatrzeniu jego krzywej, stale szybszem od normy. W moich przypadkach śródmiąższowego zapalenia nerek współczynnik szybkości tętna wahał się od 5,3 do 11,9.

4. Choroby zakaźne.

a) Przypadki włóknikowego zapalenia płuc stanowią wdzięczny materyał do prowadzenia systematycznych badań nad zmianami ciśnienia krwi z powodu szybko przy tem cierpieniu następujących zmian w krążeniu. Przypadków tego cierpienia zbadałem 20. Co do Mx, to w okresie gorączkowym wahało się ono w 18 przypadkach od 80 do 124 mm Hg, czyli było w dolnych granicach normy; w jednym wynosiło początkowo 142, w jednym zaś 144 mm Hg. PD wahało się w okresie gorączkowym w 14 przypadkach w granicach normy (24—40 mm Hg), a w 6 było powyżej niej, 42 do 54 mm Hg. W ogóle zaś PD stanowiło 22% do 40% wielkości Mx. PG wahało się w 15 przypadkach pomiędzy 75 a 110 mm Hg, a w 5 od 53 do 62 mm Hg. Różnica pomiędzy PRr i PG wahała się w 18 przypadkach pomiędzy 10 a 40 mm Hg, w jednym wyniosła 56, a w jednym aż 77 mm Hg. Żadnego związku pomiędzy wielkością Mx, PD i PG oraz pomiędzy różnicą PRr — PG, a stanem ogólnym chorego, zwłaszcza zaś ciepłotą jego ciała, dopatrzyć się nie mogłem. Wszystkie bowiem te wielkości wahały się w przebiegu choroby bez wszelkiej prawidłowości. — W okresie zdrowienia Mx było w 16 przypadkach stale wyższe od Mx w okresie gorączkowym (o 4 do 30 mm Hg), w 4 zaś było stale niższe od Mx w okresie gorączkowym, a mianowicie o 13 do 31 mm Hg. Przytem w 11 przypadkach podniesieniu Mx w okresie

zdrowienia towarzyszyło również podniesienie się PG oraz PD; w 4 przypadkach opuszczeniu się Mx o 13 do 31 mm Hg towarzyszyło jednocześnie zmniejszenie się PD o 16 do 24 mm Hg i zmniejszenie się PG o 10 do 22 mm Hg. W pozostałych 5 przypadkach żadnej prawidłowości pod tym względem nie było, tak że np. podniesieniu się Mx o 7 do 18 mm Hg towarzyszyło zmniejszenie się PD o 9 do 18 mm Hg, przyczem PG jednocześnie wzrastało (o 8 resp. 12 mm Hg), a trzy razy spadało (o 10 do 15 mm Hg). — Słowem, bezstronne rozpatrzenie się w liczbach pozbawia nas wszelkiej możności sądzenia z Mx, PD i PG o stanie krążenia przy włóknikowem zapaleniu płuc. Jedno tylko przyznać można, że, na ogół biorąc, ciśnienie krwi jest w przebiegu tej choroby poniżej normy i że długo do niej nie wraca. W najcięższych przypadkach włóknikowego zapalenia płuc stwierdzałem nieraz wybitną nierówność tętna na jego krzywej tętnopisowej oraz zapomocą manometru, tak że określenie ciśnienia krwi natrafiało wtedy na poważne trudności. Nadto przekonałem się, że istotnie zgodnie z twierdzeniem Broeckinga (9), w najcięższych przypadkach krupowego zapalenia płuc ciśnienie krwi przy siadaniu chorego z pozostawieniem nóg chorego na łóżku (pozycya B tego autora), może opadać o 14 mm Hg i więcej, co dowodzi, iż sprawność obwodowego układu naczyniowego ulegać może przy tej chorobie poważnemu zaburzeniu.

Co do szybkości tętna, to jej współczynnik może się zmieniać przy włóknikowem zapaleniu płuc rażąco z dnia na dzień z powodu ciągłych zmian w PD, TAP i TDP. Np. znajdowałem w ciągu 10 dni kolejno CCP równe 4,2; 6, 5... 3,9... 4,5 i 1,2. Wogóle CCP trzyma się przy tem cierpieniu najczęściej w granicach normy, przekraczając ją stosunkowo rzadko z powodu, iż, jak mówiłem, PD tylko w mniejszości przypadków było powyżej normy. Tylko w okresie bezgorączkowym CCP było 2 razy poniżej normy. W obu razach wpłynęło na to znaczne powiększenie TAP: raz do 0,09 sek. i raz do 0,165 sek.

Z powodów, omówionych szczegółowo przy cierpieniach serca, nie przytaczam tu oceny iloczynu PD. p, ani Q. Strasburgera, pomimo że posiadam całe serye odpowiednich liczb. Nie mają one bowiem same przez się znaczenia dla oryentowania się w stanie krążenia krwi w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc.

b) O przypadkach duru powrotnego (badałem ich 8 systematycznie) mógłbym powiedzieć dosłownie to samo. I tu również, na ogół biorąc, Mx, PD i PG wahają się stale w dolnych granicach normy, przyczem PG bywa nawet bardzo nizkie (65, resp. 60, 50, 43 mm Hg), a różnica PRr — PG nie przekracza zwykłej normy. Tylko w jednym przypadku Mx wyniosło 142 przy PD 57.

c) Przy uważnem rozpatrzeniu wielu setek liczb, zebranych przy systematycznem badaniu ciśnienia krwi u chorych na dur brzuszny (10 przyp.), na gościec stawowy (8 przypadków, z których 3 powikłane zapaleniem wsierdzia), grypę (5 przypadków) i zapalenie opłucnej (5 przypadków), doszedłem również do wniosku, że i przy tych cierpieniach nie ma żadnego związku pomiędzy stanem ogólnym chorych, a wielkością oraz kierunkiem zmian w Mx, PD, PG i różnicy PRr — PG. Dla uniknięcia więc powtórzeń, tych grup chorych poszczególnie tu nie rozpatruję.

d) Bliższą uwagę pragnę tu zwrócić na przypadki gruźlicy płuc. Zbadałem ich 50. Co do Mx, to wahało się ono w 38 przypadkach od 88 do 120 mm Hg, 8 razy od 122 do 140 mm Hg, w 2 przypadkach wynosiło po 145 mm Hg, przyczem jeden z nich był powikłany gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, w jednym zaś Mx wynosiło 155 i w jednym 166 mm Hg. Ostatni przypadek był powikłany zapaleniem nerek. Widzimy więc, że Mx znajduje się przy gruźlicy płuc najczęściej znacznie poniżej normy, co przyznają i inni autorowie, jak Hensen, F. Klemperer i Fellner (17). Fellner twierdzi nadto, że nawet powikłanie zapaleniem nerek nie wpływa przy gruźlicy płuc na podniesienie Mx. Przeczy temu jedno moje spostrzeżenie (Mx = 166) oraz podobne spostrzeżenie Hensena (Mx = 250 mm Hg), chociaż w drugim moim podobnym przypadku Mx wynosiło tylko 121 mm Hg.

Co do PD, to w 20 moich przypadkach gruźlicy płuc wahało się ono w granicach od 15 do 30 mm Hg, w 18 od 31 do 40, w 6 — od 42 do 50 i w 6 — od 52 do 60, czyli że przypadków z PD powyżej normy spostrzegałem tylko 12 na 50.

PG określałem tylko w 30 przypadkach (z powodu czasowego zepsucia tonometru Gaertnera), przyczem okazało się, że w 15 z nich PG było poniżej 80 mm Hg dochodząc do 64, a nawet 57; w 9 przypadkach PG wynosiło 81 do 88, w 5 — 90 do 100 i tylko w jednym przypadku, powikłanym zapaleniem nerek, PG wyniosło 120 mm Hg. Słowem, PG wypadało w moich przypadkach gruźlicy płuc nizkie. Podobne spostrzeżenia poczynili dotąd Naumann (48), Geisboeck (21), Schuele (64), Gałecki (10) oraz inni. Prawdopodobnie toksyny laseczników gruźliczych, które działają w sposób bardzo żywy na układ naczynioruchowy, jak tego dowodzi łatwe rumienienie się, pocenie się i zaziębianie osobników gruźliczych oraz występowanie u nich przemijających zaburzeń żołądkowych i jelitowych, porażają nerwy zwężające naczynia i przez to wpływają na obniżenie ciśnienia krwi w dostępnych naszemu badaniu częściach ustroju, chociaż niedawno ogłoszone doświadczenia E. Bauera (3) ze wstrzykiwaniem tuberkuliny starają się temu przeczyć. Nadzwyczajne rozluźnienie naczyń obwodowych jest prawdopodobnie powodem, dla którego spotykałem przy gruźlicy płuc w 7 przypadkach bardzo małe TAP tętna, a mianowicie 5 razy TAP = 0,04 sek., a 2 razy tylko 0,035 sek. Wskutek tego w 6 z tych 7 przypadków współczynnik szybkości tętna był w górnych granicach normy lub nieco powyżej niej (około 4), pomimo nieznacznego PD. Tak samo zachowywał się też CCP w 4 przypadkach z powiększonem PD, w 2 zaś, przy PD = 54 resp. 60 mm Hg, wynosił on nawet 7,0 resp. 7,4.

5. Co do pozostałych 58 przypadków, na które złożyły się przypadki raka żołądka i przełyku (12), nadkwaśności żołądka (5), zapalenia dwunastnicy (2), nerwobolu międzyżebrowego (3), rozedmy płuc (3), nerwic urazowych (2) oraz pojedyncze spostrzeżenia wiądu rdzenia, moczówki cukrowej i innych chorób, to i w nich Mx, PD i PG nie dawały również żadnego pojęcia o stanie krążenia, ani też o stanie ogólnym chorych. Nawet przypadki z daleko posuniętem wyniszczeniem wskutek raka dawały w 7 moich przypadkach liczby normalne i tylko w pozostałych 5 — nieco niższe od normy, i to nie stale. Ciekawy był tylko

jeden przypadek wiądu rdzenia, w którym mogłem przekonać się dowodnie, że wystąpieniu przełomów żołądkowych towarzyszy podniesienie ciśnienia krwi i kurcz naczyń obwodowych. Chory ten (lat 38) miał zazwyczaj Mx około 130 do 140 mm Hg, PD około 28 do 34 mm Hg i PG około 100 mm Hg. Podczas napadu żołądkowego liczby te wynosiły w ciągu dwóch dni: Mx 194 do 209, PD 75—79 i PG 162 do 168 mm Hg. Po przeminięciu napadu wszystkie liczby powróciły do poprzednich granic normy. Przypadek ten potwierdza więc spostrzeżenia Pala (51, 52).

Kończąc niniejszą pracę, muszę na zasadzie powyżej rozpatrzonego materyału wypowiedzieć zdanie, że dotychczasowe sposoby korzystania z danych sfigmomanometrycznych, dotyczących ciśnienia krwi, nie dostarczają nam danych ani do należytej oceny sprawności serca w każdym poszczególnym przypadku, ani do zoryentowania się, jaka część stwierdzanego klinicznie ciśnienia krwi zależy od pracy serca, a jaka od oporu naczyń obwodowych. Dlatego też w swej pracy o czynnościowej dyagnostyce serca (35) starałem się dowieść, że nawet przy próbach z pracą serca korzystanie w klinice z dotychczasowych danych sfigmomanometrycznych, jako uwzględniających tylko ciśnienie krwi statystycznie w formie Mx, PD i PG, nie daje bynajmniej dostatecznych podstaw do pogłębienia wyników badania sprawności serca, otrzymywanych na innej drodze. Potrzebne są, jak to w powyższej pracy starałem się dowieść, inne, bardziej ulepszone sposoby wyzyskania danych sfigmomanometrycznych. Być może, że jednym właśnie z tych ulepszonych sposobów korzystania z badań nad ciśnieniem krwi okaże się zalecona świeżo przez Sahliego (60) sfigmobolometrya, jako dążąca do porównawczego określania pracy serca różnych osobników w gramomilimetrach. Sprawdzenie wartości klinicznej tej metody badania stanowi właśnie temat moich dalszych poszukiwań.

Piśmiennictwo.

1. Ambard i Beaujard: Arch. gen. de méd. 1904 p. 520. — 2. v. Basch S.: Ueber die Messung des Kapillardrucks am Menschen und deren physiologische und klinische Bedeutung. Wien. klin. Rundschau 1900 Nr. 28—29, p. 549. — 3. Bauer E.: Ueber das Verhalten des Blutdrucks nach Tuberculininjektionen. Ztschr. f. kl. Med. 1907 Bd. 62, p. 362. — 4. Bing J. H.: Ueber Blutdruckmessung bei Menschen. Berl. klin. Woch. 1906 Nr. 52, p. 1650—1654. — 5. Bittorf A.: Zur Symptomatologie der Aortensklerose. Deut. Arch. f. klin. Med. 1904, Bd. 81 H. 1—2, p. 65—113. — 6. Bittorf A.: Weitere Untersuchungen über den Blutdruck u. die Herzhypertrophie bei Aortensklerose. Mün. med. Woch. 1907, Nr. 18. — 7. Bloch: Comptes rendus de la soc. de biologie. 1888, p. 84—86. — 8. Bożowskij: Kliniczeskija nabludienia nad sostojaniem krowianowo dawlenia pri aktiwnoj i passiwnoj hiperemii. Dissert. Petersburg 1905, 8⁰, p. 92. — 9. Bröcking E.: Ein Beitrag zur Funktionsprüfung der Arterien. Zeit. f. exp. Path. u. Ther. 1907 Bd. IV H. 1. — 10. Butterman: Einige Beobachtungen über das Verhalten des Blutdrucks bei Kranken. Deut. Arch. f. klin. Med. 1902 Bd. 74, p 1—10. — 11. Cyplajew P. L: O wlijanii napierstianki na krowianoje dawlenie w arteriach, kapilarach i wenach u serdecznych bolnych z razstrojstwom kompensacyi. Dissert. Petersburg 1903, 8⁰, p. 100. — 12. Doleschal: Vergleichende Untersuchungen des Gartner'schen Tonometer mit dem v. Basch'schen Sphygmomanometer. Dissert. Basel 1900. — 13. Dunin: Ueber Blutdruck bei Arteriosklerose. Zeitschr. f. kl. Med. 1904 Bd. 54 H. 56, p. 353 oraz Gaz. Lek. 1904. — 14. Erlanger J. i Hooker D. R.: An experimental study of bloodpressure and pulspressure in man. John Hopkins Hospital Reports. 1904 Vol. XII, p. 145 378. — 15. Ettinger W.: Wysłuchowa metoda określenia ciśnienia krwi i jej wartość praktyczna. Medycyna 1907 Nr. 25 i 26 oraz Wien. kl. Wochs. 1907 Nr 33. — 16. Fellner Br.: Klinische Beobachtungen über Blutdruck, pulsatorische Druckzunahme (PD), sowie ihre Beziehungen zur Pulskurve. Deut. Arch. f. klin. Med. 1905 Bd. 84 H. 5—6, p. 406—448. — 17. Fellner Br.: Klinische Beobachtungen über den Wert der Bestimmung der wahren Pulsgrösse (Pulsdruckmessung) bei Herz- u. Nierenkranken. Deut. Arch. f. kl. Med. 1906 Bd 88 H. 1—3, p. 1—35. — 18. Fleischer: Ueber turgotonographische Pulsdruckuntersuchung. Berl. klin. Woch. 1907 Nr. 35, p. 1108. — 19. Fuerst u. Soetbeer: Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Füllung u. Druck in der Aorta. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1907 Bd. 90 H. 1—2, p. 190 208. — 20. Gałecki St.: Tętno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płuc. Medycyna 1906 oraz Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1906, Bd. 4 H. 3, p. 269. — 21. Geisboeck F.: Die Bedeutung der Blutdruckmessung für die Praxis. Deut. Arch f. kl. Med. 1905 Bd. 83 H. 1—4, p. 363—408. — 22. Gottlieb i Magnus: Ueber die Gefässwirkung der Körper der Digitalisgruppe. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1902 Bd. 47, p. 135—164. — 23. Grebner i Gruenbaum: Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf den Blutdruck. Wien. klin. Woch. 1899, Nr. 45 oraz Wien. med. Presse 1899 Nr 49. — 24 Gross A.: Zur Kenntniss der pathologischen Blutdruckänderungen nach Beobachtung von weil. Dr H. Hensen. Deut. Arch. f. kl. Med. 1902 Bd. 74 H. 3—4, p. 290—316. — 25. Hensen H.: Beiträge zur Physiologie u. Pathologie des Blutdruckes. Deut. Arch. f. kl. Med. 1900 Bd. 67, p. 436—530. — 26. Hesse: Ueber Blutdruck- u. Pulsdruckamplitude des Gesunden. Verh. des 24 Kongr. f. inn. Med. 1907 Bd. 24, p. 408. — 27. Hill i Barnard: Brit. med. Journ. 1897 2. XI. — 28. Horner A.: Ueber den Vorhofdruck bei Klappenfehlern. Mün. med. Woch. 1904, Nr. 32, p. 1425—1427. — 29. Horner A.: Ueber Blutdruckuntersuchung mit den Sphygmoscop nach Pal. Deut. med. Woch. 1907 Nr. 19, p. 753—756. — 30. Huchard: Maladies du coeur et de l'aorte. 3 Volumes. Paris 1899—1905. — 31. Janeway Theodor C.: Some observation on the estimation of bloodpressure in man, with the special reference to the value of the results obtained with the new Sphygmomanometer. The New York University Bulletin of the medical sciences 1901 July Nr 3, p. 105—124 (Odczyt z 8. IV. 1901). — 32. Janowski W.: Współczynnik szybkości tętna w stanach normalnych i patologicznych. Gazeta Lek. 1907 Nr. 8—10. To samo po niem. Verh. des 24 Kongr. f. inn. Med. 1907 oraz Coefficient der Pulsceleritat. Zeitsch. f. kl. Med. 1907. — 33. Janowski W.: O minimalnych wahaniach w trwaniu poszczególnych fal tętna w stosunkach prawidłowych i patologicznych. Przegl. Lek. 1907 Nr 15 i 16 oraz Deut. Arch. f. kl. Med. 1907. Bd. 91, p. 240. — 34. Janowski W.: O badaniu zapasowej energii serca zapomocą ucisku na tętnice biodrowe i o spostrzeganych przy tem zmianach w krzywej tętna. Czasop. Lek. 1907 Nr. 3. To samo po niem. Wien. klin. Woch. 1907 Nr. 16. — 35. Janowski Wł.: Funkcyonalna dyagnostyka serca. Nowiny Lek. 1907 Nr. 10—12. — 36. Kapsammer G.: Blutdruckmessungen mit Gartnerschem Tonometer. Wien. klin. Woch. 1899 Nr. 51. — 37. Klemperer F.: Zur Methodik u. Bedeutung der Pulsdruckmessung. Deut. med. Woch. 1907 Nr. 23, p. 919. — 38. Kołosow: Ob izmienieniach krowianowo dawlenia pod wlijaniem gorićwicta. Dissert. Petersb. 1903 8⁰, p. 202. — 39. Korotkow: Izwiest. Woj. Med. Ak. 1905. T. XI Nr 4. Grudzień, p. 395. Doniesienie tymczasowe. — 39 a. Korotkow: Izwiest. Woj. Med. Ak. 1906. T. XII Nr. 2, p. 254. — 40. v. Koziczkowsky Eugen: Ueber Turgo-Sphygmographie und ihre Verwendung für Pulsdruckbestimmungen. Berl. klin. Woch. 1907 Nr. 13, p. 369. — 41. v. Krehl: Pathologische Physiologie. 1898. Leipzig. — 42 Kuelbs: Zur Pathologie des Blutdruckes. Deut. Arch. f. kl. Med. 1905 Bd. 84 H. 5—6, p. 518—528. — 43. Loeb A.: Ueber Blutdruck und Herzhypertrophie bei Nephritikern. Deut. Arch. f. kl. Med. 1905 Bd. 85 H. 3—4, p. 348—359. — 44. Masing E.: Ueber das Verhalten des Blutdruckes des jungen und bejahrten Menschen bei Muskelarbeit. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1902 Bd. 74, p. 253 oraz Nachtrag. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1903 Bd. 75, p. 493. — 45. Moebius: Basedowsche Krankheit. Nothn. spez. Path. u. Ther. Bd. XXII, p. 23. — 46. Mueller Ottfried: Ueber den Einfluss von Bädern und Douche auf den Blutdruck beim Menschen. Deut. Arch. f. klin. Med. 1905 Bd. 74, p. 316. — 47. Muenzer E.: Ueber Blutdruckmessung u. ihre Bedeutung nebst Beiträgen zur funktionellen Herzdiagnostik. Zeit. f. exp. Path. u Ther. 1907 Bd. IV. H. 1. — 47 a. Muenzer E.: Ein Apparat zur objektiven Blutdruckmessung. Münch. med. Woch. 1907, Nr. 37, p. 1809. — 48. Naumann: Zeits. f. Tuberk. Bd. 5 H. 2. — 49. Neu M.: Experimentelle u. klin. Blutdruckuntersuchungen mit Gartners Tonometer. Dissert. Heidelberg 1902. — 50. Oliver Georg: Haemomanometry in man. Lancet. Nr. 4273 1905 22. VI. p. 201—206. — 51. Pal I.: Ueber Gefasskriesen u. deren Beziehung zu den Magen- und Bauchkriesen der Tabiker. Mün. med. Woch. 1903 Nr. 49, p. 2135—2139. — 52. Pal I.: Gefässkriesen. Leipzig 1905. p. 238. — 53. Pal I.: Ein Sphygmoscop zur Bestimmung des Pulsdruckes. Zentr. f. inn. Med. 1906 Nr. 5. — 54. Potain: Du Sphygmomanometre et de la mesure de la pression artérielle chez l'homme. Arch. de phys. normale et pathologique. 1889 I. 5 Série, p.

556—559. — 55. v. Recklinghausen: Unblutige Blutdruckmessung. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1906. Bd. 55, p. 375. — 56. v. Recklinghausen: Unblutige Blutdruckmessung des Blutdrucks in den Venen, den kleinen Arterien u. Kapillaren des Menschen. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1906 Bd. 55, p. 464. — 57. Romberg E.: Kongr. f. inn. Med. 1904. — 58. Sahli H.: Ueber das absolute Sphygmogramm und seine klinische Bedeutung, nebst kritische Bemerkungen über einige neuere sphygmomanometrische Arbeiten. Deut. Arch. f. kl. Med. 1904 Bd. 81 H. 5—6, p. 493—542. — 59. Sahli H.: Sphygmobolometrie, eine neue Untersuchungsmethode der Cirkulation. Deut. med. Woch. 1907, Nr. 16 17. — 60. Sahli H.: Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1901 Bd. 19, p. 49. — 61. Sasaparel: Srawnitielnaja ocenka kliniczeskich sposobow opredelenia krowianowo dawlenia. Dissert. Petersburg 1902 8°, 116. — 62. Sawada: Blutdruckmessungen bei Arteriosklerose. Deuts. med. Woch. 1904 Nr 12, p. 425. — 63. v. Schroetter: Erkrankungen der Gefässe. Wien 1901. Nothn. spez. Path. u. Ther. Bd. XV, 3, II Hälfte. — 64. Schuele: Ueber die Blutdruckmessungen mit dem Tonometer von Gärtner. Berl. klin. Woch. 1900, Nr. 33, p. 726—728. — 65. Sihle M.: Beitrage zu einer funktionellen Diagnose der Angina pectoris. Wien. klin. Woch. 1904 Nr. 14, p. 379. — 66. Strasburger J.: Ein Verfahren zur Messung des diastolischen Btutdruckes und seine Bedeutung f. die Klinik. Zeitschr. f. kl. Med. 1904 Bd. 54 H. 5 6, p. 373—407. — 67. Strasburger J.: Ueber den Einfluss der Aortenelastizität auf das Verhältniss zwischen Pulsdruck und Schlagvolumen des Herzens. Deut. med. Woch. 1907 Nr 26 oraz Deutsch. Archiv für klin. Mediz. 1907, Bd. 91, p. 378. — 68. Strauss H.: Demonstration von Turgo-tonographischen Pulsdruckkurven. Verh. d. Kongr. f. inn. Medizin 1907 Bd. 24. — 69. Uskow: Srawnitielnaja ocenka niekotorych priborow dla izmierenia krowianowo dawlenia na osnowanii literaturnych i kliniczeskich dannych. Wracz. 1901 Nr 45, p. 1370—1377. — 70. Vaquez: Eclampsie puerpérale et tension artérielle. Sem, méd. 1907 Nr. 11, p. 121. — 71. Weiss: Blutdruckmessungen mit Gärtners Tonometer. Münch. med. Woch. 1900. Nr. 3, 4, p. 70. — 72. Yanowsky M.: O kliniczeskoj metodikie opredelenia mechanizma izmienienia arterialnawo dawlenia. Izwiest. Woj. Med. Ak. 1905 X. Nr. 1, p. 3. — 73. Zadeck: Die Messung des Blutdruckes am Menschen mittels des Basch'schen Apparates. Zeits. f. kl. Med. 1881. Bd. 2, p. 509.

Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr Chlumský: **Mięsienie (masaż) i jego zastosowanie.** (Spółka Wydawnicza Polska w Krakowie, 1908, str. 103).

Każdą polską książkę lekarską powitać należy z radością, a zwłaszcza, jeżeli dotyczy przedmiotu, dotąd w piśmiennictwie naszem mało lub wcale nieomawianego. Dotyczy to szczególnie miesienia [1]), które na pozór bardzo znane i bardzo rozpowszechnione, mimo to, prawdę powiedziawszy, dotąd u nas naukowo i fachowo traktowane nie było. Kursa miesienia dla tak zwanych masażystów mogą ich zapoznać wprawdzie z techniką miesienia, lecz zastosowanie miesienia, określenie wskazań i odpowiednie przeprowadzanie leczenia powinno pozostać jedynie w ręku lekarzy. Wielu jeszcze lekarzy uważa miesienie za zabieg bardzo pożyteczny, lecz zarazem także za proceder, nie godzący się ze stanowiskiem i godnością lekarza, z tego też powodu pod koniec leczenia poleca niejeden lekarz choremu, by zwrócił się do »masażysty«, oddając w tak niepewne ręce dalsze losy chorego. Chory niejednokrotnie sam tego żąda, bo masażysta robi przecież napozór to samo, co lekarz, a znacznie taniej. Jeżeli jednak lekarze postępować będą inaczej i zechcą miesienie stosować fachowo i osobiście, to dopiero wtedy ocenią w całej pełni, jak cenne usługi oddaje w umiejętnych rękach ten napozór mało znaczący zabieg, a nawet i sami chorzy zupełnie inaczej zaczną się na miesienie zapatrywać, poznawszy w nim nie proceder dodatkowy do kąpieli i innych sposobów leczenia, lecz znakomity i pewny środek leczniczy. Podręczniki lekarskie zwykle ograniczają się przy końcu rozdziałów do uwagi: »dalsze leczenie kąpielami i miesieniem«. Przywykliśmy już do tej pobieżnej wzmianki, a wielu lekarzy, skoro ta chwila w leczeniu nadejdzie, uważa nawet swoje zadanie za skończone!

[1]) »Słownik lekarski polski« podaje słusznie pisownię »miesienie«, nie, jak się błędnie utarło, »mięsienie, bo polskie miano można wywodzić tylko od słowa »miesić« (= ugniatać).

Fachowy podręcznik miesienia można wobec tego powitać jedynie bardzo życzliwie, skoro toruje on drogę do usunięcia tych błędnych pojęć i do odpowiedniego zapatrywania się na miesienie. W tem też duchu pisze swą książkę Chlumsky. Po wstępie historycznym omawia fizyologiczne działanie miesienia i tegoż skutki, dalej sposoby ogólne wykonywania miesienia, objaśniając wszystko rycinami. W dalszym ciągu przechodzi do opisania środków pomocniczych, urządzenia sali, wyboru dnia i godziny, w których miesienie odbywać się powinno, ułożenia chorego przy miesieniu, porządku poszczególnych zabiegów, siły używanej, długości i częstości posiedzeń i t. p. Następne rozdziały podręcznika omawiają szczegółowo miesienie różnych części ciała, przyczem autor poprzedza każdy ustęp krótkiem przypomnieniem stosunków anatomicznych. Końcowy rozdział obejmuje praktyczne zastosowanie miesienia w różnych cierpieniach. W krótkości omawia tu też autor wyniki leczenia w ogólności, jakoteż przytacza przykłady ze swej praktyki. Prócz stosowania miesienia w cierpieniach kości, stawów i mięśni, zwraca Chlumsky także uwagę na korzystne działanie miesienia w nerwobolach, kurczach, chorobach nerwowych, w chorobach serca, naczyń, przewodu pokarmowego, kamicy żółciowej, otyłości itp.

Książka napisana treściwie i jasno służyć może zupełnie dobrze zarówno za podręcznik dla uczących się, jak i za uzupełnienie wiadomości i poradnik dla lekarzy praktyków. *Klęsk.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Kolle. **Aforystyczne spostrzeżenia nad niektórymi praktycznymi i teoretycznymi punktami nauki o odkażaniu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 39). Niektóre dodatki do środków odkażających znoszą ich działanie. Stosowanie dwóch środków odkażających w mniejszych ilościach jest silniejsze, niż jednego w silniejszem zgęszczeniu. W odkażaniu mieszkań autanem znaleźliśmy prosty, a łatwy sposób dezynfekcyi. Pewnego sposobu odkażania rąk na dłuższy czas nie znamy. Należy też utrzymywać ręce o ile możności zdala od zakażenia, leczyć zadziorki i rozpadliny, w danym razie operować w rękawiczkach lub powłokach nieprzepuszczalnych. Bardzo dobrym środkiem do odkażania rąk jest mieszanina Schumberga: alkohol i eter (2: 1) z dodatkiem 0·5 prc. kwasu azotowego. Mieszanina ta wywołuje kurczenie się i zatykanie por w skórze. Mieszaninę tę wciera się wacikiem w skórę. *Klęsk.*

Enderlen. **Odkażanie jod-benzyną.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 38). Odkażanie jod-benzyną ma wiele bardzo wad. Niszczy ręce, rękawiczki i fartuchy, wywołuje wypryski i wpływa ujemnie na gojenie się rany. *Klęsk.*

Hoffmann. **Sztuczna suprarenina w znieczuleniu miejscowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 40). Fabryka w Höchst wyrabia obecnie trzy przetwory, przypominające zupełnie swym składem i działaniem nadnerczynę. Jeden z nich »syntetyczna suprarenina« działa nawet silniej od naturalnej, jest nadto zupełnie pewnie czysty, o jednakowym zawsze składzie, nie rozkłada się łatwo, powinien też znaleść w znieczuleniu miejscowem szerokie zastosowanie. *Klęsh.*

Strauss. **Obecny stan znieczulenia lędźwiowego.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 89, 1—4). Najodpowiedniejszą według dotychczasowych spostrzeżeń okazała się tropakokaina, gdyż tak działanie jej uboczne, jak i następowe jest najsłabsze. W dawce 0·06 wystarcza dla wszystkich przypadków, działanie jej zaś w miarę potrzeby można wzmocnić przez wypuszczenie znaczniejszej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego i wysokie ułożenie miednicy. Dodatek adrenaliny jest raczej szkodliwy. Znieczulenie trwa około godziny. Techniczne trudności pochodzą raczej z braku biegłości. Działania ubocznego i następowego można w wielu razach uniknąć przy odpowiedniem zastosowaniu i doborze przypadków. Z wielką pewnością daje się osiągnąć znieczulenie od dolnej części tułowia w dół. Znieczulenie lędźwiowe wskazane jest u chorych starych i osłabionych, przy niegruźliczych zmianach płuc i w cukrzycy. Przeciwwskazane jest u młodych do lat 15, u nerwowo lub umysłowo chorych, przy zmianach mózgu i rdzenia, przy zakażeniach ropnych i tam, gdzie łatwo można zastosować znieczulenie miejscowe. Ostrożność jest wskazaną przy gruźlicy, kile, w chorobach nerek i stwardnieniu tętnic, zwłaszcza mózgowych. *Kasprzyk* (Berlin).

Vilinger. **O próbach usypiania inhalacyjnego zapomocą nowego środka (dioform).** (*Archiv f. klin. Chir.* 83, III). Z doświadczeń, wykonanych na psie, którego co parę dni (12 razy) usypiał, przekonał się autor, że nowy ten środek: acetylendichlorid (dioform) (wytwarzany przez fabrykę: Consortium für elektro-chemische Industrie w Norymberdze), działa nasennie tak samo, jak chloroform, jedynie okres przebudzenia jest znacznie krótszy. Działanie dioformu na nerki i serce zdaje się być podobne do chloroformu. Zastępując później chloroform na coraz dłuższy czas dioformem i nie zauważywszy żadnych ujemnych objawów, wykonał w końcu V. 5 razy uśpienie tym środkiem u ludzi. Szkodliwego działania ani wśród uśpienia, ani następowego, z wyjątkiem lekkiego niekiedy podrażnienia do wymiotów, nie zauważał, natomiast zawsze szybkie przebudzenie się. Atoli tylko dalsze i liczne doświadczenia mogą dioform wprowadzić do użytku ogólnego. *Kasprzyk* (Berlin).

Wederhake. **W sprawie protez parafinowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 40). Niebezpieczeństwa wstrzykiwań parafiny stara się W. usuwać w ten sposób, że do wstrzykiwanej masy dodaje kauczuku. Na 10 grm. twardej parafiny (58° topliwości) dodaje 1 grm. czystego kauczuku i ogrzewa w tygielku porcelanowym, mieszając dopóty, aż kauczuk się rozpuści. Mieszanina taka wstrzyknięta trzyma się bardzo dobrze, nie kruszy się, przez co też nie ma obawy zatoru, ani zakrzepu. Do wypełniania ubytków kości używa W. jako plomby tej mieszaniny z dodatkiem 1 grm. strąconego węglanu wapna. Powinno się używać kauczuku czystego, nie wulkanizowanego. Odczyn w tkankach po wstrzyknięciu nie jest większy, niż przy czystej parafinie. *Dr Klęsk.*

Niclot i Romany. **Rany postrzałowe.** (*Révue de Chir.* 1907, Nr 6). Na podstawie doświadczeń bakteryologicznych zestawiają autorowie następujące wskazania, dotyczące leczenia ran postrzałowych. Każdą ranę postrzałową uważać należy za ranę powierzchownie zakażoną, otoczenie starannie oczyścić, ogolić i zastosować kąpiel przeciwgnilną (nadmanganian potasu, H_2O_2). Wyciągania pocisku lub sondowania bezwarunkowo należy zaniechać. Ranę opatrzyć trzeba przeciwgnilnie, unikać odejmowania zmiażdżonych części natychmiast po zranieniu. Przy postrzałach z większej odległości opatrunek z gazy wyjałowionej jest wystarczający. Dobry jest opatrunek wyskokowy lub napojony surowicą przeciwpaciorkowcową. W dalszym przebiegu stosownie do wskazań obowiązują zwykłe zasady chirurgii. *Kasprzyk* (Berlin).

Lohnstein. **Grudka wosku w pęcherzu, usunięcie jej przez rozpuszczenie zapomocą wstrzyknięcia benzyny.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, 23). U młodego robotnika, dotkniętego przewlekłym nieżytem pęcherza z częstym krwiomoczem wykrył cystoskop w pęcherzu blado-żółty twór jajowaty wielkości orzecha laskowego, o powierzchni gładkiej. Powtórne badanie dozwoliło stwierdzić, iż jest to ciało obce, swobodnie siedzące w pęcherzu, lżejsze od wody, gdyż po napełnieniu pęcherza wodą unosiło się ku górze. Chory przyznał się, iż przed kilku miesiącami wprowadził sobie do cewki z powodu uporczywego swędzenia kawałek świecy stearynowej, z której tylko część pewna odeszła. Mimo prawie półrocznego przebywania tej grudki wosku w pęcherzu nie wytworzyła się inkrustacya. Autor wstrzyknął po wypróżnieniu pęcherza 15 ctm.³ benzyny przez cienki zgłębnik, poczem po trzech kwandransach odeszła stearyna rozpuszczona w benzynie. Potem wstrzyknięto jeszcze 15 gr. benzyny i następnego dnia powtórzono wstrzyknięcie. Mocz się oczyścił, cystoskopem nie stwierdzono nic nieprawidłowego.

B. Żmigród (Rymanów).

Hochenegg. **O rozpoznaniu i klinicznem znaczeniu objawowego żylaka powrózka nasiennego przy złośliwych nowotworach nerki.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 62). H. opisuje przypadek złośliwego nowotworu nerki wraz z żylakiem powrózka nasiennego, co uważał początkowo za ropień mosznowy, a dopiero później dokonana operacya naprowadziła na właściwe rozpoznanie. Przy operacyi stwierdził nadto H. zamknięcie żyły nasiennej przez wybujałości nowotworowe, przerzuty w gruczołach limfatycznych, które uciskały żyłę nasienną, uciskaną także przez guz nerkowy, a nadto załamanie żyły nasiennej przez przemieszczenie guza. Na podstawie tego przypadku sądzi autor, że w następstwie nowotworu nerki nierzadko powstaje żylak powrózka nasiennego po stronie zajętej nerki. Objawowy ten żylak powrózka znamionuje się tem, że występuje w późniejszym wieku, rozwija się szybko, jest zazwyczaj niebolesny, a u chorego leżącego wypełnienie żył krwią nie zmniejsza się, co następuje przy swoistym żylaku powrózka. Wypełnienie takich żylaków objawowych krwią utrzymuje się także w położeniu na czworakach przy podnoszeniu i przesuwaniu guza nerkowego.

B. Żmigród (Rymanów).

Blum. **Znaczenie odruchu nerkowo-nerkowego w patologii i w rozpoznawaniu chorób nerkowych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 40). W chorobach nerek może stan nerki jednej wpływać na nerkę drugą. Wzajemna zależność od siebie nerek, podobnie jak innych narządów parzystych, takich, jak oczy, jądra, jajniki, może się różnie objawiać. Zmiany chorobowe jednego z narządów mogą wywoływać ból w narządzie drugim, zupełnie zdrowym, mogą wpływać na jego czynność, a nawet wywoływać w nim zmiany anatomiczne. B. opisuje 3 przypadki, w których kamica nerki jednej, była przyczyną kolki w nerce drugiej, zupełnie zdrowej; podobnie może się zdarzyć w przypadkach nowotworów lub gruźlicy nerkowej jednostronnej, że siedliskiem bolów jest nerka zdrowa, a nie chora; odruchowy ten ból zdrowego narządu może się stać (dzisiaj wobec tylu udoskonalonych sposobów badania nerek i dróg moczowych nie tak łatwo, jak dawniej) przyczyną pomyłek rozpoznawczych. Odruchowo, czy to skutkiem zranienia, czy kamicy jednej nerki, może powstać bezmocz w nerce drugiej. Również nagłe zatkanie lub uciśnięcie jednego moczowodu może być przyczyną zahamowania czynności obu nerek. Dzieje się to w ten sposób, że skutkiem niedrożności moczowodu zbiera się coraz więcej moczu w miedniczce, kieliszkach i kanalikach nerkowych; skutkiem wzmożonego ciśnienia śródnerkowego ustaje wydzielanie moczu w jednej nerce pod działaniem wpływu mechanicznego czynników, które nabłonka prawidłowego nie uszkadzają; tak się ma n. p. sprawa z przechodzeniem bakteryi przez nerki. Odruchowe wzajemne oddziaływanie jednej nerki na drugą jest następstwem odpowiedniego unerwienia. Do nerek dochodzą nerwy z części piersiowej rdzenia, gałązki nerwu współczulnego, nerwu błędnego i gałązki ze zwoju trzewnego; nerw błędny przeprowadza podniety z jednej nerki do drugiej. *Kostrzewski.*

Haberer. **Próby przeszczepiania świeżej tkanki nerkowej.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 84, Z. 1). H. przeszczepiał tkankę nerkową w śledzionę, wątrobę, sieć i przekonał się, że w końcu przeszczepiona tkanka ulega zawsze obumarciu, a na jej miejscu powstaje blizna. Wszczepiona tkanka nie ma żadnego wpływu na czynność nerek osobnika, któremu ją zaszczepiono. *Klęsk.*

Riedel. **O przesuniętej i w innem miejscu zrostami umocowanej prawej nerce.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 41, 42). Oddawna zauważono, że przy nerce ruchomej wydarzają się czasem nagłe napady wzdęcia brzucha, wymiotów i bolów. Odnosi się te przypadłości do uwięźnięcia nerki lub skrętu szypuły. O uwięźnięciu ruchomej nerki wspomina pierwszy Dietl. Obecnie nie ulega wątpliwości, że w wielu przypadkach tak zwanego uwięźnięcia nerki chodzi o kamicę żółciową. Skręcenia szypuły nerkowej przy operacyi nigdy dotąd nikt nie widział i trudno sobie nawet je wyobrazić, bo jak wiadomo, szypuła nerki składa się z naczyń, idących w górę i moczowodu, biegnącego w dół. Skręcenie szypuły nerkowej wywołaćby dalej musiało wystąpienie zawału krwawego, czego także nikt dotąd nie spostrzegał. Najczęściej występują wspomniane groźne objawy wśród wymiotów i bolów, zjawia się guz nerki, gorączka, nieraz białkomocz. Wtedy na pewno nie chodzi o nerkę ruchomą, lecz o wodonercze. W drugim rzędzie przypadków pojawiają się znów przypady u osób, u których nerki są przesunięte, lecz zarazem w innem miejscu umocowane. Gorączki przytem zwykle nie ma, mocz jest prawidłowy. Dotkniętą bywa wtedy zawsze prawa nerka. Przy operacyi znajduje się nerkę poza trzustką przy kręgosłupie i liczne zrosty między wątrobą, woreczkiem, trzustką, odźwiernikiem i zagięciem wątrobnem jelita grubego. Nerka sama przytem bywa niezmienioną. Okoliczność, że dolegliwości występują jedynie po stronie prawej i to głównie u kobiet, przemawia za tem, że wątroba odgrywa tu nie małą rolę, uciskając na nerkę, spychając ją, a często zajmując nawet zupełnie jej miejsce. Z tego też powodu nie każdą nerkę ruchomą można odprowadzić, jak to się mylnie sądzi. Czy zrosty powstają pierwotnie, czy następowo, orzec trudno. Przypady nerki przesuniętej i umocowanej przypominają często kamicę żółciową, bo nawet i żółtaczka dołączać się do nich może. Umocowanie nerki poprawia stosunki krążenia treści pokarmowej, usuwając ucisk na jelita, i stąd też chorzy po operacyi zwykle szybko przybierają na wadze. W razie przypadłości żołądkowych powinno się przy przemieszczonej i umocowanej nerce operować zawsze od przodu, a nieraz prócz nerki napotka się i na inne cierpienia, wymagające zabiegu. Natomiast swobodną nerkę ru-

chomą opisuje autor wyjątkowo, gdy sprawia ona wiele dolegliwości, co zdarza się nader rzadko. *Klęsk.*

Wilms. **W sprawie wycięcia moczowodu przez lędźwie sposobem Rovsinga.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 30). Na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich polecił Rovsing wszczepianie moczowodów w okolicę lędźwiową, w celu zapobieżenia występującemu tak często zapaleniu nerek i miedniczek. Wilms podwiązując żyłę nasienną przy ropnicy połogowej według Trendelenburga i stwierdziwszy, że tą drogą moczowody nadzwyczaj łatwo można odszukać, wykonał następnie wszczepienie moczowodów u pewnego dziecka ponad kolcem górnym przednim kości biodrowej z pomyślnym trwałym wynikiem. Polecając ten sposób, radzi W. wszczepiać moczowody podskórnie na głębokość około 4 ctm., podobnie jak przy wycięciu kiszki sposobem Hackera, i obszywać następnie ujście otaczającą skórą. Przy tem postępowaniu moczowód ulega nieznacznemu skróceniu i daje się łatwo — po wygojeniu nerek — z powrotem wszczepić w pęcherz; ziarnina nie zaciska ujścia, nadto czystość łatwiej można utrzymać, niż przy sposobie lędźwiowym. *Kasprzyk* (Berlin).

Marwedel. **O cięciu poprzecznem przy kamicy nerkowej.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1907, Nr 30). Opisywano przypadki tak obfitego krwawienia następowego po cięciu nerkowem, że trzeba było ranę ponownie otworzyć i nerkę wyciąć. Sam M. w jednym wypadku na drugi dzień po zabiegu wykonał obszycie broczącej tętnicy w miąższu nerkowym. Hermann i Langemak stwierdzili na psach, że po cięciu poprzecznem nerki, tak krwawienie, jak i następowy zanik miąższu są mniejsze, niż przy cięciu podłużnem; przytem i dostęp do miedniczki nerkowej jest również dogodniejszy. M. w 5 przypadkach kamieni nerkowych, wyjętych przez cięcie poprzeczne, miał sposobność stwierdzić na ludziach słuszność tych spostrzeżeń, dokonanych na psach. Wobec tego zaleca przy wszystkich kamicach nerkowych niepowikłanych, nawet przy kamieniach stosunkowo wielkich, stosować cięcie poprzeczne, obecnie zaś stosowane cięcie zachować dla przypadków połączonych z ropieniem. *Kasprzyk* (Berlin).

Neurologia.

Salomon. **Przypadek połowiczego postępującego zaniku twarzy z objawami ze strony nerwów oczu.** (*Neurol. Centralbl.* 1907, Nr 18). W przypadku tym zadziwiał brak objawów ze strony nerwu współczulnego, natomiast były objawy oczne: porażenie nerwu odwodzącego po stronie zdrowej i odosobnione porażenie wewnętrznych gałązek nerwu okoruchowego po stronie, dotkniętej zanikiem. Stąd wniosek, że zanik połowiczy był pochodzenia nerwowego, wywołany cierpieniem odżywczych wiązek nerwu trójdzielnego. Odosobnione zajęcie tych wiązek, a z drugiej strony tylko wewnętrznych gałązek nerwu okoruchowego i nerwu odwodzącego drugiej strony wskazywało, że nie nerwy obwodowe na podstawie były zajęte, lecz ośrodki i drogi śródopuszkowe tych nerwów. Przyczyną choroby była najprawdopodobniej kiła, za czem przemawiały poronienia i przedwczesne porody matki i pigmentacya dna oka u chorego dziecka. *Orzechowski* (Wiedeń).

Löwe. **W sprawie odsłonięcia przysadki mózgowej.** (*Neurol. Centralbl.* 1907, Nr 18). Usunięcie powiększonej przysadki mózgowej nie uleczy zapewne objawów akromegalii, może jednak polepszyć dwa najprzykrzejsze objawy, towarzyszące tej chorobie: zaburzenia wzrokowe i bole głowy. Operacya jest jednak wtedy tylko wskazaną, jeśli guz przysadki rozrasta się ku kości klinowej. W innym razie zrasta się guz z tkanką mózgową i nie można myśleć o jego doszczętnem wycięciu. O kierunku wzrostu guzów przysadki pouczają nas dobrze rentgenogramy. Jeśli guz rozrasta się ku kości klinowej, wówczas na rentgenogramie widać siodełko tureckie rozszerzone i pogłębione. Trzeba się z tem liczyć, że usunięcie zupełne przysadki, przynajmniej u zwierząt, wywołuje często śmierć. Na razie więc nie zaleca się u człowieka wycięcia całej przysadki. Dotychczas wykonano takich operacyj zaledwie kilka. Przyczyną tego było zdaniem autora przesadne wyobrażenie o jej niebezpieczeństwach. Z metod operacyj wybiera L. drogę przez jamę nosową, pomijając drogę śródczaszkową i przez jamę ustną jako niebezpieczne, trudne i nie dające obszerniejszego dostępu. Prowadzi cięcie w linii środkowej nosa przez części miękkie i kostne, które potem rozchyla na podobieństwo wrót; wyprząta treść jamy nosowej: przegrodę, muszle i błędnik kości sitowej; wycina, lub też odgina przegrodę nosową. Potem następuje odjęcie przedniej ściany, następnie przegrody kości klinowej, wreszcie jej dachu. Wtedy otwiera się przed operującym pole, obejmujące przysadkę, skrzyżowanie nerwów wzrokowych, obie zatoki jamiste i przednią część mostka. W podobny sposób operować można w częściach mózgu, leżących nad kością sitową, wybierając dostęp przez nos. Tej metodzie zarzucano, że naraża na zbyt znaczną utratę płynu mózgowo-rdzeniowego i że łatwiej wywołać może zakażenie: lecz doświadczenia na zwierzętach i zwłokach nie potwierdzają tego, żeby płyn mózgowo-rdzeniowy odpływał w tak pokaźnej, groźnej dla życia ilości. Przeciwko łatwości zakażenia opon przemawia to, że odpływ wydzieliny jest bardzo łatwy przy jakiemkolwiek ułożeniu głowy. Zresztą można zabieg wykonać dwuczasowo, poprzestając pierwszy raz na odsłonięciu opony twardej, poczem wykonuje się druga część operacyi w kilka dni, gdy wytworzyły się zrosty twardej opony z przysadką. *Orzechowski* (Wiedeń).

Dermatologia.

Prof. Łukasiewicz. **Leczenie kiły wobec nowszych badań.** (*Przegl. chorób skórn. i wen.* 1907, 7, 8, 9). Chociaż wycięcie lub wypalenie pierwotnego nacieku kiłowego nie ma zazwyczaj znaczenia leczenia poronnego, to jednak istnieje możliwość osłabienia jadu przez działanie miejscowe na sam naciek. Co do działania wprowadzonego przez Salmona atoksylu wyraża się Ł. niekorzystnie na mocy doświadczeń, przedsiębranych w jego klinice u 10 chorych i uważa ten przetwór tylko za środek wzmacniający, pomocniczy w leczeniu kiły. Za środek, swoiście na krętki blade działający, uważa tylko rtęć, przy działaniu której inne mikroby rozwijać się mogą. Przemawia jednak za stosowaniem rtęci tylko w razie objawów ogólnych, rozpoczyna zatem leczenie w chwili wybuchu pierwszej wysypki, a radzi leczyć dopóty, dopóki występują objawy, sprzeciwiając się bardzo energicznie leczeniu szablonowemu. Wreszcie obok wcierań zaleca Ł. swoją metodę stosowania wysokich dawek sublimatu. Metoda ta, wprowadzona w r. 1891, dawała mu bardzo dobre wyniki leczenia, gdyż usuwała szybko objawy, a nie przedstawia niebezpieczeństwa, jakie bywa zawsze przy stosowaniu przetworów nierozpuszczalnych. *Krzysztalowicz.*

Buraczyński. **W sprawie żółtaczki we wczesnym okresie kiły.** (*Przegl. chorób skór. i wen.* 1907, 7, 8, 9). Objawy ze strony wątroby wśród wczesnego okresu kiły należą do rzadkości. Etyologia żółtaczki przy świeżej kile nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona. Większość autorów mniema, że jest to żółtaczka natury mechanicznej, żółtaczka zastoinowa. Autor spostrzegał w ciągu dwóch lat cztery przypadki tego cierpienia na oddziale kiłowo-skórnym wojskowego szpitala we Lwowie. W dwóch z nich żółtaczka była natury łagodnej i mijała szybko wśród leczenia swoistego, w drugich dwóch żółtaczka miała przebieg złośliwy i zakończyła się zejściem śmiertelnem. W jednym z tych przypadków wystąpił ostry zanik wątroby prawie równocześnie z wysypką kiłową w trzy miesiące po zakażeniu, w drugim istniały równocześnie lepieże około odbytu. Podane szczegółowe historye choroby przedstawiają dokładnie cały przebieg sprawy. *Krzysztalowicz.*

Leszczyński. **Nowe zaróbki przetworów rtęciowych.** (*Przegl. chorób skórn. i wen.* 1907, 7, 8, 9). Autor stwierdza przedewszystkiem, że stosowanie zaróbek parafinowych dla wstrzykiwań rtęciowych zagraża zawsze niebezpieczeństwem zatrucia przez nagromadzenie rtęci, nadto przy wstrzykiwaniach mogą powstawać zatory płucne, a wstrzykiwania same są bolesne. Dlatego próbował L. znaleść taką zaróbkę dla nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych, któraby nie miała tych niedogodności i wpadł na pomysł użycia w tym celu olejku łogowego (*Ol. sesami*). (Niezależnie od autora podał Karwowski z Poznania dla tego samego celu zwykłą oliwę i zachwala jej użycie do wstrzykiwań miąższowych). L. stosował swoją zaróbkę w dwojakiej mieszaninie: 1. *Hydr. salicyl. 1,0, Ol. sesami steril. 10,0. S.* co 5 dni strzykawka, — 2. *Hydrarg. redestil. 4,0 Ol. Palmae ster. 20 cm. Ol. sesami 20 cm. S.* co 5 dni strzykawka. Mieszaninę wedle drugiego przepisu nazwał L. »cinerol«. Przetworów tych używał autor w 6 przypadkach (35 wstrzykiwań) i stwierdza, że bolesność przy wstrzykiwaniu jest bardzo mała (najdłużej $^1/_4$ do $^1/_2$ godziny), jakoteż, iż nie występowały zaburzenia ogólne. Tylko czterokrotnie zauważył dłużej trwającą bolesność, a raz powstały w głębi pośladka guzek. *Krzysztalowicz.*

Kozerski i Górkiewicz. **Z osobistych spostrzeżeń w zakresie: A. Roentgenoterapii, B. Radiumterapii, C. Fototerapii.** (*Przegl. chorób skór. i wener.* 1907, 7, 8, 9). Autorowie opisując technikę, jakiej używali przy stosowaniu przyrządu Roentgena i zachwalając chromoradiometer Sabouraud-Noirégo, opisują różne przypadki chorób, leczonych tą metodą z różnym wynikiem. Przedewszystkiem zachwalają ten sposób dla leczenia trądzika, chociaż zastrzegają się, że skutek, chociaż szybszy, jest tak przemijający, jak przy wszystkich środkach zewnętrznych:

najlepsze wyniki widzieli w trądziku występującym po jodzie i bromie. Dalej chwalą szybkość wyniku w *hydradenitis axillaris suppur.*, w 7 przypadkach wyprysku pęcherzykowego i w przypadkach figówki ropnej. Przypadki (73) tocznia gruźliczego (*lupus vulg.*) leczone z początku promieniami Roentgena doznawały tylko polepszenia, do zupełnego zaś wyleczenia używano zawsze lampy Finsena, Kromayera lub światła radu, i w 21 przypadkach nie ma od kilku miesięcy objawów chorobowych. W przypadkach (8) liszaja zołzowego (*scrofuloderma*) i czyraków gruźliczych (*follicl's*) leczenie promieniami Roentgena oddawało autorom bardzo szybkie i dobre usługi. Tylko przemijające polepszenie uzyskano po naświetlaniu tocznia rumieniowego (*lupus erythemat.*). Przypadki powiększenia gruczołów chłonnych przy naświetlaniu przez czas dłuższy poprawiały się wyraźnie i trwale. Bardzo zachęcające wyniki otrzymywali autorowie w przypadkach grzybicy guzowej (*mycosis. fungoides*) i mięsaków, szczególnie pierwotnych, skóry. W przypadkach wyprysku przewlekłego uzyskano polepszenie tylko w małej liczbie przypadków, a wcale nie uzyskano polepszenia w przypadkach nerwowłókniaków, przy przerosłych bliznach i trądziku bliznowatym.

Bardzo szczegółowy opis podają autorowie metody przez siebie wypróbowanej po licznych doświadczeniach ze znanymi sposobami, stosowanymi w celach chwilowego usunięcia włosów, a zatem głównie w chorobach grzybkowych skóry owłosionej. Łuszczycę uważają autorowie za najwdzięczniejsze pole dla rentgenoterapii, chociaż metoda ta usuwa zmiany, ale nie chroni, jak i inne, przed nawrotami. Wadą jest kosztowność, bo łuszczyca wymaga dużo naświetleń, gdy choroba zajmuje całą powierzchnię skóry, i wrażliwość tych wykwitów, które pod wpływem za silnej dawki mogą się rozszerzyć. Liczne przypadki (95) nabłoniaków pouczyły autorów, co i teoretycznie jest uzasadnione, że jedynie powierzchowne nadają się do leczenia promieniami Roentgena.

Leczenie promienaimi radu, oddało autorom bardzo dobre usługi w przypadku gruźliczych owrzodzeń powiek, w kilku przypadkach liszaja rumieniowego, naczyniaków różnego rodzaju i nabłoniaków.

Światłem Finsena, dla którego zachwalają autorowie przedewszystkiem lampę rtęciową Kromayera, uzyskano wyleczenie w przypadkach tocznia i liszaja rumieniowego, a nie osiągnięto skutku w przypadkach odbarwień (*vitiligo*), łuszczycy i wyprysku.

Krzysztalowicz.

Bernhardt R. **O skombinowanem leczeniu wilka pospolitego.** (*Przegl. chorób skór. i wener.* 1907, 7, 8, 9). Autor zajmuje się głównie tymi przypadkami, w których choroba zajmuje większe przestrzenie. Leczenie takich przypadków rozdziela na dwie części. Najpierw usuwa B. zmiany powierzchowne zapomocą wyskrobania, wycinania lub głębokiego nacinania, a po tych krwawych zabiegach stosuje jeszcze w niektórych przypadkach przyżegania, czy to ciastem resorcynowem, czy maścią Finsena, czy parachlorfenolem, wreszcie i kwasem chlorooctowym. Dopiero po przeprowadzeniu leczenia wstępnego przechodzi autor do leczenia promieniami Roentgena, radem lub lampą łukowo-rtęciową Kromayera. Na błony śluzowe nosa i jamy ustnej stosuje B. te same sposoby leczenia krwawego, przyżegania i sposobów świetlnych. Wyniki leczenia były bardzo zachęcające w 52 przypadkach tocznia. Wreszcie dodaje B., że w ostatnich czasach używał tej samej metody skombinowanej, chirurgicznej z świetlną (Roentgen) w przypadkach ciężkiej gruźlicy krtani, którą naświetla od przodu przez powłoki szyjne.

Krzysztalowicz.

Świątkiewicz J. **Leczenie tocznia eugallolem.** (*Przegl. chorób skór. i wen.* 1907, 7, 8, 9). Autor używał eugallolu w rozczynie 66 prc. na 33 prc. acetonu w postaci okładu z gazy, złożonej 16—20 razy. Przetwór ten jest środkiem silnie odtleniającym, to też już po 24 godzinach stwierdza się obumarcie nacieków, zazwyczaj bez silniejszego działania na skórę zdrową, działanie zatem nazwać można wybiorczem. Jedynie nacieki w bliźnie lub głęboko położone wymagają dodatkowego leczenia. Jak z załączonych 40 historyi chorób przekonać się można, leczenie nie było dla chorych uciążliwsze, ani nie trwało dłużej, niż przy innych sposobach leczenia. Co do trwałości wyleczenia, to stwierdzić ją mogą dopiero dalsze spostrzeżenia.

Krzysztalowicz.

Leszczyński R. **O leczeniu poronnem rzeżączki.** (*Przegl. chorób skór. i wewn.* 1907, 7, 8, 9). Na zasadzie swych spostrzeżeń w kilkunastu przypadkach i doświadczeń różnych autorów dochodzi L. do wniosku, że do leczenia poronnego nadają się wszystkie przypadki świeżego trypra, zgłaszające się 3—5 dnia po zakażeniu, o ile wyciek jest surowiczo lub śluzowo-ropny, chory przy oddawaniu moczu odczuwa tylko lekkie pieczenie, nie ma bolesności i obrzęku ujścia cewki, a wydzielina jest przeważnie z nabłonków złożona, dwoinki zaś leżą zewnątrz komórek. Do leczenia używał autor 10 prc. rozczynu albarginy, ale sądzi, że i 2 prc. rozczyn (Blaschko) zupełnie wystarcza, a obok tego zachwala 15 prc. rozczyn novarganu, jako najmniej drażniący. Płynu wstrzykuje tyle, ile go przednia część cewki pomieścić może i każe zatrzymać 3—5 minut, powtarzając ten zabieg w drugim i trzecim dniu wedle potrzeby. Obok tego zaleca choremu wewnętrznie gonosan dla złagodzenia występujących po wstrzykiwaniu objawów zapalnych i w niektórych przypadkach wstrzykiwanie w domu rozczynów słabych ($^1/_4$—$^1/_2$ prc. novargan). Z reguły już trzeciego dnia nie powinno się znajdować w wydzielinie dwoinek. Jako leczenie następowe uważa L. za najodpowiedniejsze przepłókiwania obfite lekkimi rozczynami nadmanganczianu potasowego.

Krzysztalowicz.

Pedyatrya.

Hamburger. **O chłonieniu białka przy odżywianiu.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1007, Ergänzungsh.). Częściowe rozstrzygnięcie pytania, czy białko ulega z przewodu pokarmowego wessaniu w stanie pierwotnym, stało się możliwe dopiero skutkiem badań nad uodpornieniem. Białko obce można bezpośrednio po przejściu do krwi wykryć w niej zapomocą swoistych precypityn. Drugi sposób (»pośredni«) polega na tem, że białko obce wywołuje po pewnym czasie pojawienie się odpowiednich precypityn. Można wreszcie — i to jest sposób najczulszy — podawać jakąkolwiek antytoksynę i badać, czy i w jakiej ilości przechodzi do krwi, gdyż antytoksyna ściśle jest związana z białkiem. — Doświadczenia różnych autorów i własne autora doprowadzają do wniosku, że przewód pokarmowy zwierząt starszych i człowieka na pewne nie przepuszcza białka surowicy krwi, a prawdopodobnie nie przepuszcza też białka jaja kurzego i białka mleka. Nie jest jednak wyłączonem, że przy stanach chorobowych przewodu pokarmowego szczelność ta może ucierpieć, jakby o tem świadczyły dwa przypadki Moro u dzieci z zanikiem (atrophia). Przeciwnie u noworodków. Stwierdzano tutaj stale przechodzenie pewnej, chociaż nieznacznej części niezmienionego białka surowiczego i białka jaja kurzego, a także przechodzenie białka mleka krowiego nie jest wyłączone. Nawet zaś najdrobniejsze ilości tego ostatniego mogą być dla osesaka nieobojętne.

Lewkowicz.

Schick. **Choroby następowe płonicy.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, Ergänzungsh.). Choroby, o których mowa, zostały opisane już w r. 1883 przez Kuwszyńskiego i Pastera na podstawie spostrzeżeń w petersburskim szpitalu barakowym. Autorzy ci przypuszczali, że zakażenie płonicze nie wyczerpuje się jednym napadem, lecz podobnie jak przy durze powrotnym, wywołuje często drugi, a niekiedy i trzeci napad. Jak autor podnosi, wszystkie sprawy popłonicze mają wiele cech wspólnych, coby świadczyło, że patogeneza ich jest jednaka. Wszystkie przebiegają z gorączką, która pojawia się po ustąpieniu pierwotnej gorączki płoniczej i przejście kilku- do kilkunastodniowego okresu bezgorączkowego. Początek nie zdarza się przed 12. dniem choroby, ani po 6. tygodniu, a najczęściej przypada na 3. i 4. tydzień. Gorączka rozpoczyna się nagle, jest zwalniającą, szybko dochodzi do szczytu, a następnie powoli opada. Okres gorączkowy wynosi zwykle 2—8 dni. Jako sprawy popłonicze wylicza autor: 1) zapalenie nerek, 2) zapalenie gruczołów okołożuchwowych, 3) gorączkę z ujemnym wynikiem badania, 4) zapalenie wsierdzia, 5) zapalenie stawów, 6) nawrót płonicy i 7) zapalenie gardła (bez wysypki), które można uważać za szczątkowy nawrót.

Lewkowicz.

Jahle. **O zapaleniu jelit paciorkowcowem i jego powikłaniach.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, Ergänzungsh.). Klinicznie niepodobna tej postaci odróżnić od innych postaci zapalenia jelit. Badaniem stolca przy barwieniu według Gram-Weigerta i podbarwieniu fuksyną stwierdza się obecność dwoinek lub paciorkowców w mniejszej lub większej ilości. Paciorkowce można też wykazać często w moczu, a w przypadkach śmierci także we krwi z serca. Do typowych powikłań należy zapalenie nerek i rzadsze znacznie zapalenie otrzewnej.

Lewkowicz.

Benjamin i Sluka. **Mięsak zielonawy (chloroma).** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, Ergänzungsh.). Przynależność mięsaka zielonawego, cierpienia rzadkiego, gdyż znanych jest tylko 46 przypadków, do białaczki, należy uważać za udowodnioną. Pewną jego odrębność stanowi upodobanie, z jakiem usadawia się w okostnej, i tworzenie zbitych guzów nie napotykanych

zwykle przy białaczce. Turk tłomaczy to w ten sposób, że przy białaczce sprawa sadowi się w śledzionie i szpiku kostnym, narządach, z których już normalnie nowo wytworzone ciałka krwi zostają wymywane i przechodzą do ogólnego krążenia, w nich zatem przy nadmiernem wytwarzaniu ciałek nie powstają guzy. W okostnej ciałka te pozostają na miejscu, stąd powstawanie guzów. Przyczyna barwy zielonej guzów nie jest wyjaśniona, ale prawdopodobnie barwa nie stanowi nic istotnego, gdyż także i przy białaczce szpik miewa niekiedy zabarwienie zielonawe. — Autor zestawia wszystkie znane z piśmiennictwa przypadki i dodaje własne spostrzeżenie. W przypadkach typowych rozpoznanie cierpienia byłoby łatwe. Najstalszym objawem jest wysadzenie oka jedno- lub obustronne, polegające na usadowieniu się guzów w oczodole. Często napotyka się także zbite guzy kości czaszkowych i twarzowych. Widzimy zatem dziecko woskowobladę, niekiedy z wybroczynami na skórze lub błonach śluzowych, z gałkami wysadzonemi z oczodołów, guzami w okolicy skroniowej i rozszerzonem skutkiem tego czołem, z twardemi guzowatościami na czaszce. Niekiedy stwierdzić można niedosłyszenie (zajęcie kości skalistej), zaburzenia pęcherzowe i odbytnicze (zajęcie kręgosłupa). Badanie krwi stwierdza niedokrwistość i zmiany odpowiadające białaczce (prawie zawsze gruczołowej, rzadko szpikowej), rozwijające się jednak powoli i stosunkowo późno tak, że początkowo wynik badania może być prawidłowy. Badanie histologiczne wykryło w przypadku autora jako główny składnik guzów komórki szpikowe (myelocyty).

Lewkowicz.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVI. Posiedzenie d. 18. października 1907.

Na porządku dziennym była sprawa **obchodu jubileuszowego 30-lecia istnienia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego,** którą w nieobecności inicyatora, kol. prof. Gluzińskiego, referował wiceprezes, kol. Starzewski. — W dyskusyi, która się następnie wywiązała, byli jedni koledzy za obchodem, drudzy mu przeciwni. Na wniosek kol. W. Ziembickiego, ażeby w nieobecności prezesa prof. Gluzińskiego rzeczy ostatecznie nie rozstrzygać i pozostawić członkom czas do jej rozważenia, odłożono całą sprawę do następnego posiedzenia.

Kol. Rencki poruszył podnoszoną coraz częściej myśl, ażeby Towarzystwo Lekarskie Lwowskie, będące dotąd, na swą niekorzyść, sekcyą Tow. Lek. Galicyjskich, uczynić towarzystwem samodzielnem na wzór krakowskiego. Polecono Zarządowi zastanowić się nad przeprowadzeniem tego projektu.

Z kolei przedstawił i omówił kol. prof. Ziembicki dwa przypadki ze swego oddziału, a mianowicie: **stopy końskoszpotawe** (*p. equinovari*) u 13-letniej dziewczyny i preparat **szytej tętnicy pachowej** (*a. axillaris*) z przypadku, zakończonego mimoto śmiercią z powodu nadmiernej utraty krwi po przebiciu bagnetem. — W dyskusyi zabierali głos: kol. Mars i Sieradzki.

XVII. Posiedzenie d. 25. października 1907.

Przewodniczy prof. Gluziński, protokołuje Dr W. Ziembicki.

Cz. I.: Uchwalono obchodzić jubileusz 30-lecia istnienia Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Obchód ma się odbyć w b. r., przed dorocznem Walnem Zgromadzeniem. Urządzenie go powierzono Zarządowi Towarzystwa lek. lw.

Cz. II.: Prof. Gluziński:

1) Przedstawił chorego z kliniki lekarskiej, u którego stwierdzić można **objaw Olivera-Cardarelliego,** podany jako właściwy dla tętniaka łuku tętnicy głównej i pozwalający na rozpoznanie tam, gdzie brak wszelkich innych objawów tętniaka. Jakkolwiek doświadczenie poucza, że objaw ten nie jest bezwzględnie znamiennym dla tego cierpienia, to w przypadku przedstawionym nie może być mowy o mylnem rozpoznaniu, bo obok wspomnianego objawu istnieje porażenie lewego nerwu zwrotnego. Objaw polega, jak wiadomo, na tem, że krtań, ujęta w dwa palce, sprawia wrażenie tętnienia, które z łuku tętnicy głównej, dotkniętego tętniakiem, udziela się jej za pośrednictwem ramienia oskrzelowego i tchawicy.

W dyskusyi podnosił rzadkość objawu prym. Pisek.

2) Omówił niezwykle zajmujący przypadek **ciężkiej niedokrwistości**, połączony **z żółtaczką**, zakończony śmiertelnie (wśród objawów śpiączki, wzniesionej ciepłoty i zwolnionego tętna) bez ścisłego rozpoznania, w którym na stole sekcyjnym znaleziono w przewodzie żółciowym okaz **motylicy** (*distomum hepaticum*). Ilość ciałek czerwonych spadła w tym przypadku do 700,000, przy 26% hemoglobiny. Ilość ciałek białych wynosiła około 100,000. Olbrzymia ilość ciałek czerwonych jądrzastych, myelocyty i myeloblasty, dowodziły podrażnienia narządów krwiotwórczych. Za życia chorego myślano o otruciu fosforem, ostrym zaniku wątroby, gruźlicy prosówkowej, ropnicy; obraz nie odpowiadał jednak żadnej z tych spraw. Trudności wzmagał brak wywiadów i nieprzytomność chorego. Przy sekcyi znaleziono obok niedokrwistości i zwyrodnienia narządów śledzionę dość znacznie powiększoną, wątrobę zaś rozmiarów prawidłowych, w pęcherzyku i przewodach żółć zupełnie gęstą, barwy niemal smoły. Przeszkody w odpływie nie było żadnej. Żółtaczkę należy nazwać krwiopochodną wbrew teoryom, przeczącym istnieniu takiej żółtaczki. W przewodzie żółciowym wspólnym znaleziono jeden jedyny okaz motylicy, który prelegent okazuje. Streściwszy szczupłe dane, jakie piśmiennictwo zawiera o motylicy u człowieka, nie może prelegent uznać w tym przypadku zupełnie stanowczo pasorzyta za przyczynę przedstawionego obrazu klinicznego i śmierci chorego, nie może jednak oprzeć się przypuszczeniu, że nie był tu prosty zbieg okoliczności, tylko że istnieje w istocie związek przyczynowy między pasorzytem a całą sprawą chorobową.

W dyskusyi objaśniał rektor akad. weterynaryi, prof. Szpilman, na sztucznych preparatach zawiłą historyę rozwoju motylicy, którą, jak podkreślał, zwierzęta zwykle znoszą obojętnie, Dr Nowicki zaś, który wykonał sekcyę, nadmienił, że ani w żółci, ani w treści jelitowej nie znaleziono jaj pasorzyta, które w danym razie mogłyby umożliwić rozpoznanie za życia.

Dr Witold Ziembicki.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek Organizacyi lek. austr. ogłasza, co następuje: 1) Namiestnictwo tryesteńskie wydało rozporządzenie w sprawie wynagrodzenia za donieslenia o chorobach zakaźnych, uznając żądania lekarzy za słuszne. 2) Organizacya lekarzy-Niemców na Morawach ukonstytuowała się w d. 13. X. 1907, a należy do niej 36 prc. lekarzy morawskich; wkrótce powstanie na Morawach podobna organizacya lekarzy-Czechów. Do Związku państwowego przyjęto organizacyę lekarską Gorycyi i Gradyski. — Prezes: *Dr Janeczek.*

Bierny opór lekarzy gminnych dolno-austryackich został zakończony na zasadzie postanowienia organizacyi lek. z d. 25. X. Z tego powodu wyraża zarząd organizacyi dolnoaustr. w przesłanem na nasze ręce piśmie podziękowanie wszystkim korporacyom i pismom lekarskim, które popierały lekarzy dolno-austryackich materyalnie lub moralnie. — Odniesione przez lekarzy dolno-austryackich zwycięstwo ma doniosłe znaczenie i powinnoby ostatecznie przekonać wszystkich lekarzy o potrzebie i pożytku organizacyi. Rzecz prosta, że tylko ścisła organizacya może mieć praktyczne sztuki; lekarze dolno-austryaccy dali przykład solidarności, karności i wytrwałości, nie ustając w walce przez lat kilka aż do osiągnięcia zamierzonego celu, t. j. ustawy emerytalnej dla lekarzy gminnych, świeżo przez Sejm dolno-austryacki uchwalonej. *R.*

Poliklinika chirurgiczna uniwersytetu berlińskiego nie będzie udzielać powtórnych porad w tych przypadkach, które nie są potrzebne do celów naukowych i dydaktycznych. Zarządzenie to zmierza do usunięcia skarg lekarzy praktycznych, żalących się na szkody materyalne z powodu poliklinik. *R.*

Brak lekarzy wojskowych w Austryi, wywołany zmniejszeniem się frekwencyi na Wydziałach lekarskich i przyrostu lekarzy wogóle, skłonił władze wojskowe do poprawienia niekorzystnych dotychczas stosunków awansu lekarzy wojskowych. Zarazem dla zapewnienia dostatecznej pomocy lekarskiej w czasie ćwiczeń, mają być w przyszłości powoływani do ćwiczeń lekarze rezerwy, podobnie, jak to działo się dotąd w obronie krajowej. (»Klin. ther. Wochs.« 41). *R.*

W sprawie warszawskiej Kasy chorych lekarzy, odpowiadając na zarzuty dra Kramsztyka (por. »Przegl. lek.« Nr 42, str. 558), wskazuje Dr J. Zawadzki na to, że wszystkie Związki zawodowe (a takim jest »Stowarzyszenie lekarzy polskich«, mające stworzyć Kasę chorych), mają i muszą mieć prawo kontrolować i karać swych członków i że obowiązkiem ich jest starać się o dobro swych przedewszystkiem członków. Ponieważ »reformy społeczne«, bliżej przez Dra Kr. nieokreślone, które mają poprawić byt lekarzy, są bardzo odległe, przeto nie można na nie czekać, ale trzeba uciec się do samopomocy. Najsłuszniejszą zaś podstawą samopomocy jest system opodatkowania się, proporcyonalnego do dochodów. (»Kron. lek.« 20). *R.*

Zmian w organizacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich żąda Dr Tchórznicki (»Kuryer warsz.« Nr 289), podając obok pomysłów słusznych (ograniczenie liczby wykładów na posiedzeniach ogólnych, nadanie wycieczkom balneologicznym po Zjeździe charakteru więcej naukowego i t. p.), rozmaite inne, bądź spóźnione (organizacya komitetów lokalnych za pośrednictwem Towarzystw naukowych — uchwalona już przez X. Zjazd na wniosek Dra Jaworskiego z Warszawy), bądź trochę..... przedwczesne (wynagradzanie członków komitetu za prace przygotowawcze, wyznaczanie kolei i długości wykładów naukowych z góry według wartości pracy i ważności przedmiotu i t. p.). Z żądaniami tej ostatniej kategoryi i z krytyką Dra T., zwróconą do naszych dotychczasowych Zjazdów, rozprawia się ostro Dr Łagowski (»Gazeta codz.« Nr 83), któremu w tem zwłaszcza niepodobna odmówić słuszności, iż »żałować wypada, że Dr T. z krytyką naszych Zjazdów nie wystąpił na łamach pism ściśle naukowych«. Występując w jednem z pism codziennych, wyświadczył Dr. T., zdaniem Dra Łagowskiego, Zjazdom »niesobliwą przysługę«. *R.*

Rachunki lekarskie za komisye zdrowotne. (Rozp. Nam. gal. z 20. X. 1907, l. 86.486 VI. B.). Wskutek prośby lekarzy okręgowych, wniesionej na ręce Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, c. k. Namiestnictwo po porozumieniu się z Wydziałem krajowym, zmienia: 1) § 5 instrukcyi o przedkładaniu rachunków lekarskich za poruczone im przez władze polityczne komisye w sprawach zdrowotnych, (rozp. Nam. z 26. V. 1880, l. 56.779 z r. 1879 i okólnik Nam. z 14. XII. 1883, l. 77.397) w ustępie b.) o tyle, że od lekarzy okręgowych, jako zaprzysiężonych organów publicznej służby zdrowia, nie będzie się wymagać przedkładania certyfikatów gmin lub obszarów dworskich, stwierdzających, ile czasu potrzebowali do czynności komisyjnej w danej gminie. 2) Punkt 30. rozporządzenia Nam. z 12. IV. 1890, l. 18.936, wydanego w porozumieniu z Wydziałem krajowym w sprawie ochronnego szczepienia od ospy, zmienia się o tyle, że nie będzie się w przyszłości żądać od lekarzy okręgowych potwierdzenia, czyli certyfikatu wedle załączonego do powyższego rozporządzenia wzoru. *T.*

Żądanie ustawy o przymusowem leczeniu ospy wnieśli w austryackiej Radzie Państwa Dr Chiari, Kindermann i Oberleithner 16. X. b. r. *R.*

Ustawy o opiece nad ubogimi, kalekami i nieuleczalnymi domagał się na jednem z ostatnich posiedzeń Sejmu gal. poseł Małachowski. Wniosek ten odesłano do komisyi administracyjnej. *R.*

Sprawą ustawy o chorobach zakaźnych zajął się z dzienników »Kuryer lwowski« (Nr 486), zalecając zbadanie ogłoszonych obecnie jej zasad ze względu na interesa Galicyi. *R.*

Szkół dla umysłowo upośledzonych dzieci jest w Niemczech obecnie 197. A u nas? *R.*

Podniesienie higieny mieszkań uzyskała Bawarya przez ustanowienie osobnych sanitarnych inspektorów mieszkań. Widocznie okazało się to praktyczne, skoro obecnie rząd würtemberski rozszerzył działalność takich inspektorów, ustanowionych dla miejscowości ponad 3000 mieszkańców, na wszystkie gminy kraju, a podobny nadzór wprowadza Rada kantonalna bazylejska w Szwajcaryi. Ciekawa rzecz, czy i kiedy u nas będzie coś podobnego? *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20. do 26. X. 1907 doniesiono o 16 nowych przypadkach duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie: pow. Drohobycz (Łastówki 3), Jaworów (Zawadów 2), Kosów (Riczka 1), Lisko (Wołosate 2), Rawa (Wulka mazowiecka 5), Śniatyn (Rudniki 1), Stryj (Duliby 1), Zaleszczyki (Milowce 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 20. do 26. X. 1907 urodziło się dzieci żywo 54, nieżywo 5; zmarło osób 54 (w tem obcych 21), z nich z gruźlicy 15 (4), zapalenia płuc 3, błonicy 1 (1), czerwonki 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. do 26. X. 1907 było przypadków: odry 2, płonicy 3, duru brzusznego 4, czerwonki 3 (†1 dziecko czteroletnie), krztuśca 2, błonicy 3, ospianki 1, róży 1, nagm. zapalenia przyusznicy 2. *W.*

Cholera pojawiła się już w gubernii lubelskiej; za zagrożone cholerą uznano urzędownie prócz tego gubernie wołyńską, mohylewską i mińską. Napewno też oczekiwać można rozszerzenia się zarazy na całe Królestwo Polskie i lada chwila przekroczyć ona może granice Galicyi. By stłumić ją w danym razie w zarodku, poczyniły rządowe władze sanitarne w Galicyi wszystkie przygotowania, podobnież zarządy miejskie Lwowa i Krakowa wydały stosowne zarządzenia; natomiast mniej niestety słychać o tem, żeby także miasta prowincyonalne galicyjskie zawczasu przygotowywały środki zapobiegawcze. *R.*

Wiadomości bieżące.

Kursa dla lekarzy odbędą się w Krakowie od 2. do 21. grudnia b. r. (Program kursów obacz niżej).

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 30. X. posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił chorych ze swej kliniki, a Prof. Krzyształowicz i Prof. Siedlecki zdali sprawę ze swych szczepień kiły na małpy, przedstawiając jedno z tych zwierząt, poczem nastąpiła ożywiona dyskusya.

— Magistrat i komisya sanitarna miejska uznały niedawno, że niema epidemii płonicy w Krakowie, że więc miasto nie potrzebuje otwierać swego szpitala epidemicznego (za który służy w razie epidemii oddział szpitala OO. Bonifratrów). Natomiast Wydział krajowy zażądał, by miasto swój szpital otwarło, gdyż oddział zakaźny szpitala krajowego nie mógł pomieścić zgłaszających się wszystkich przypadków płonicy, co znów, zdaniem władz miejskich, nie było skutkiem epidemii, ale ciasnoty szpitala krajowego, niewystarczającego widocznie na zwykły, nie-epidemiczny przyrost chorych na płonicę. Namiestnictwo i Krajowa Rada Zdrowia uznały jednak płonicę w Krakowie za epidemiczną, przez co miasto musiało zastosować się do żądania Wydziału krajowego i swój szpital otworzyć. Sprawa ta może mieć, jak podniósł »Kuryer lwowski« (Nr 491) ciekawe następstwa, jeżeli miasto Kraków starać się będzie drogą prawa odzyskać od Wydziału krajowego swoje wydatki, wyłożone na otwarcie szpitala. Wynik tego sporu może mieć bowiem pod względem prawnym znaczenie zasadnicze nietylko dla Krakowa, ale i dla Lwowa, który był przed dwoma laty w położeniu podobnem, na drogę prawa jednak się nie zwrócił. Nadto, zależnie od wyniku sprawy, wypadnie, być może, albo gminie m. Krakowa postarać się o porządny szpital epidemiczny zamiast »tymczasowego« (od lat) posiłkowania się niezbyt odpowiednim oddziałem szpitala OO. Bonifratrów, albo też kraj będzie musiał znacznie rozszerzyć pomieszczenie dla chorych zakaźnych w szpitalu św. Łazarza.

— Na ostatniej konferencyi okręgowej nauczycielstwa krakowskiego w d. 15. X. wygłosił referat w sprawie opieki pozaszkolnej nad młodzieżą pod względem higienicznym Dr Jan Landau, znany z gorliwej kilkuletniej działalności w sprawach higieny szkolnej.

— Prymaryuszem oddziału położniczego szpitala św. Łazarza mianował Wydział krajowy Prof. Dr Al. Rosnera.

— Dyplom doktorski uzyskali panna Regina Korngoldówna, rodem z Tarnowa i p. Korneli Budzynowski, rodem z Krakowa.

— Dr Norbert Gertler prosi nas o zaznaczenie, że już w r. 1902 w dyskusyi nad wykładem Dra Biera »O organizacyi dezynfekcyi w większych miastach« w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem (»Przegl. lek.« 1902, Nr 8, str. 123) podał myśl, by w mieszkaniach chorych zakaźnych wprowadzić w użycie chałaty płócienne, zachęcając, by koledzy, zasiadający w Radzie miejskiej i komisyi sanitarnej, myśl tę podjęli. Główny ustęp przemówienia Dra Gertlera brzmiał według ogłoszonego wówczas protokołu posiedzenia: »Urząd dezynfekcyjny (lub magistrat) sprawia odpowiednią ilość chałatów szpitalnych, które w puszkach blaszanych zamkniętych, opatrzonych pieczęcią i znakiem »jałowe« oddaje na skład do aptek. Lekarz, wezwany do przypadku zakaźnego, zapisuje lekarstwo i zarazem odpowiednią ilość chałatów (wielkość może być różną, Nr 1, 2, 3) dla siebie i dla otoczenia chorego. Apteka (za małem wynagrodzeniem n. p. 40 h. i złożeniem odpowiedniej kaucyi) wypożycza chałat, który po

ukończeniu leczenia rodzina chorego zwraca zakładowi dezynfekcyjnemu, gdzie otrzymuje złożoną w aptece kaucyę«.

Lwów. Rada miejska uchwaliła 24. X. jednomyślnie na wniosek radcy m. Dra Piska starać się przez posłów m. Lwowa, aby do Najwyższej Rady Zdrowia w Wiedniu powołano nietylko jednego lekarza-Polaka w miejsce ś. p. Jordana, ale przynajmniej 4 członków z Galicyi.

— W mniejszym może stopniu, niż Kraków, odczuwa jednakże i Lwów konieczność reform służby lekarskiej miejskiej. Rzecz ta idzie jednak we Lwowie o tyle lepszą drogą, że poruszana ona jest często i w Radzie miejskiej i w prasie codziennej. »Kuryer lwowski« (Nr 501) sądzi, że nie zachodzi potrzeba zmiany instrukcyi dla lekarzy miejskich (coby wymagało zresztą osobnej ustawy krajowej), lecz że wystarczyłoby zwiększyć liczbę lekarzy dzielnicowych z 7 do 10 (jakby to odpowiadało wymaganiom ustawy), i podnosząc odpowiednio wynagrodzenie tych lekarzy uwolnić ich od konieczności zajęć ubocznych (praktyki prywatnej) tak, aby cały swój czas i wszystkie siły poświęcić mogli obowiązkom swego urzędu.

— »Tygodnik lekarski« (43) gorąco popiera myśl urządzenia 30-letniego jubileuszu istnienia Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, ponieważ uroczystość ta może wpłynąć ożywczo na projektowane reformy, jak przekształcenie Towarzystwa z sekcyi Towarzystwa lekarzy galic. na Towarzystwo zupełnie samoistne, na sprawę finansów, budowy własnego domu i organu Towarzystwa lwowskiego.

— Na pierwszy rok Wydziału lekarskiego we Lwowie wpisało się 65 słuchaczy, o 30 przeszło mniej, niż w r. z.

— Zaszczytnie znany z prac swych na polu historyi medycyny, Dr med. Władysław Szumowski, rodem z Warszawy, uzyskał dyplom doktora filozofii Uniw. lwowskiego.

Warszawa. Wobec stwierdzenia podejrzanych zasłabnięć w gubernii lubelskiej i uznania jej za zagrożoną przez cholerę zarządził generał-gubernator warszawski, by osoby, przybywające z tej gubernii, poddawać odpowiedniemu nadzorowi, a prezydent m. Warszawy przystąpił do utworzenia w Warszawie komitetu do walki z cholerą. — W gub. lubelskiej 15. i 16. X. wygłosili lekarze powiatowi dla policyi, wójtów i sołtysów kilkanaście wykładów o cholerze, jej objawach i środkach zapobiegawczych ze szczególnem uwzględnieniem odkażania, w d. 20. X. odbył się tam Zjazd wszystkich lekarzy powiatowych w celu wypracowania jednostajnego regulaminu walki z cholerą, wreszcie na naradzie u gubernatora postanowiono bezzwłocznie utworzyć dwa ruchome oddziały sanitarne, oraz dwie podręczne apteki. — Urząd lekarski gub. warszawskiej podzielił całą gubernię na obwody, a w każdym obwodzie utworzył osobne komitety przeciwcholeryczne, których personal lekarski składa się ze wszystkich wogóle lekarzy, zamieszkałych w obrębie danego obwodu; do pomocy lekarzom dodano felczerów oraz sanitaryuszów płci obojga. Każdy obwód otrzyma własny tymczasowy szpital choleryczny kosztem miast lub gmin. Nadto na wszystkich przystaniach na Wiśle polecono urządzić stacye obserwacyjne z kamerami dezynfekcyjnemi. — Coraz bardziej szerząca się epidemia ospy sprawiła, że i ludność w dzielnicach fabrycznych Warszawy poprostu ciśnie się do szczepienia, a nawet dzieci starsze poddaje szczepieniu powtórnemu. — Zarządowi szpitala żydowskiego w Warszawie od pewnego czasu zarzucał jeden z dzienników ciągłe niedbalstwo, a służbie szpitalnej — nieludzkie obchodzenie się z chorymi. Naczelny lekarz szpitala, Dr Szwajcer, w liście otwartym zaprzeczył tym wieściom i rzeczą jest pewną, że wieści te były z gruntu zmyślone. — Pawilon im. ś. p. Dra Jonszera w szpitalu dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią ma być oddany do użytku publicznego już na wiosnę. — Z powodu przejścia szpitala w Tworkach pod zarząd gubernialnej Rady Dobr. zaniechano projektu budowy nowego szpitala dla obłąkanych wyłącznie na potrzeby ludności gub. warszawskiej, natomiast postanowiono rozszerzyć szpital w Tworkach przez przebudowanie doń nowego pawilonu. — Redaktorem »Zdrowia«, organu Warszawskiego Towarzystwa higienicznego, na następne trzechlecie obrano Dra Józefa Piotrowskiego. — Do komitetu zorganizowanego we Włocławku »Oddziału kujawskiego« Warsz. Tow. higienicznego weszli oprócz inicyatora, Dr M. Certowicza, Doktorzy: Gruel, Sawicki, Wolberg i Zawadzki, oraz inż. Domański. *Dr L.*

— W uniwersytecie warszawskim (nadal zamkniętym) utworzyło ministeryum oświaty komisye egzaminacyjne z prawem wydawania dyplomów. Do egzaminów lekarskich przystępować mogą studenci, mający świadectwo uczęszczania przez 10 półroczy na wydział lekarski.

— P. Izabela Landauowa ofiarowała 30,000 rb. na założenie izraelickiej instytucyi dozorczyń chorych.

— Ruchomy oddział okulistyczny udzielił w Pułtusku przez miesiąc 2,585 porad i wykonał 107 operacyi.

— Towarzystwo lekarskie radomskie liczyło z początkiem roku 1906 65 członków, z końcem 58, odbyło w ciągu r. 1906 7 posiedzeń (kilku posiedzeń nie zwołano z powodu stanu wojennego), na których było tylko 5 odczytów i 1 demonstracya. Jeszcze w r. 1903 liczyło Towarzystwo członków 67, odbyło 11 posiedzeń z 19 odczytami i 10 demonstracyami. W roku 1906 urządziło Towarzystwo, jak corocznie, szczepienie krowianki. Zwróciwszy uwagę Zarządu miasta na panujące epidemie, uzyskało Towarzystwo zarządzenie odpowiednich środków. Dochody wynosiły 792 rb., rozchody 623 rb., fundusz dla wdów i sierót po lekarzach 121 rb. Biblioteka liczyła 1,036 tomów. (»Czasop. lek.« 9/10).

— Lekarze łódzkiego szpitala im. Poznańskich ogłosili list otwarty, piętnujący postępowanie łódzkiej gminy izraelickiej, która zalegając z opłatami za ubogich chorych, zamknęła przez to ludności najbiedniejszej wstęp do szpitala. (»Czas. lek.« 9/10).

Wilno. Naczelny lekarz zakładów Dzieciątka Jezus, Dr J. Moraczewski, otrzymał dymisyę pomimo, że za czasów jego kierownictwa śmiertelność wśród dziatwy zakładu spadła z 77% na 10%, jak to zaznaczył gubernator wileński w wydanem Dr Moraczewskiemu świadectwie. (»Kuryer warsz.« 29).

Z różnych stron. W Salzburgu odbył się we wrześniu pierwszy wiec profesorów wszechnic niemieckich. Najważniejsze z omawianych spraw były uchwały, dotyczące wyrabiania nowych sił dydaktycznych. Uznano, że dopuszczenie do wykładów (prawo habilitacyi) powinno być autonomicznem prawem wszechnic, że przy habilitacyach należy stawiać jaknajwyższe wymagania, zostawiając jednak otwarte wrota dla wszystkich kierunków naukowych, nie dopuszczając zaś do habilitacyi tych tylko, których sposób życia i stanowisko nie godzą się z zawodem nauczycielskim i zadaniami samodzielnego badacza, że docenci prywatni i profesorowie bezpłatni, których zdolności zostały wypróbowane, powinni otrzymywać płace. Przyszły wiec odbędzie się w październiku 1908 w Jenie; w komitecie zasiadają z lekarzy prof. Waldeyer i Hohenegg.

— W Berlinie utworzył się międzynarodowy komitet lekarskich wycieczek naukowych pod przewodnictwem prof. Renversa. Honorowym prezesem jest prof. Leyden.

— Zjazd stałej międzynarodowej komisyi dla badania chorób zawodowych odbędzie się w r. 1910 w Brukseli. W Medyolanie utworzono klinikę chorób zawodowych pod kierunkiem prof. Devoto.

— W jednym z dzienników warszawskich (»Gaz. codz.« 85) poruszono praktyczną myśl, by okładkę zeszytów szkolnych użyć dla krzewienia zasad higieny, na wzór Szwajcaryi, gdzie na okładkach zeszytów szkolnych drukowane bywają pouczenia z najróżniejszych zakresów życia praktycznego, przenikające przez to bez trudu do szerokich kół młodzieży.

— Prof. A. Eber, dyrektor instytutu weterynaryjnego na uniwersytecie lipskim, ogłasza wyniki, uzyskane po dwuletniem stosowaniu surowicy Behringa przeciw gruźlicy u bydła. Dochodzi on do wniosku, że surowica Behringa nie jest lekiem dostatecznie skutecznym i pewnym, widzi w niej tylko lek pomocniczy i działający korzystnie, jeśli się ją stosuje równocześnie z innymi środkami. *Stahr.*

Mianowani: Asystentami Uniw. Jag.: Dr Wł. Filipkiewicz przy katedrze pedyatryi, Dr Z. Radliński przy katedrze chirurgii; b. lekarz szpitala św. Władysława w Opocznie, Dr. Walenty Rudziński, mianowany nadetatowym lekarzem miejskim przy warszawskim urzędzie lekarskim; Dr B. Handelsman ordynatorem szpitala powiatowego w Łodzi; Dr St. Bartoszewicz, b. docent uniwersytetu w Charkowie, kierownikiem miejskiej pracowni higieniczno-sanitarnej w Łodzi;

Prof. Henkel z Berlina dyrektorem kliniki położniczej w Gryfii.

Redakcya otrzymała: Doc. Chlumský: Mięsienie i jego zastosowanie. Kraków (Spółka wyd.) 1908. — Nitsch: O jadzie błoniczym. — Klecki: Bericht üb. d. experiment. Untersuchungen üb. d. Durchtritt von Bakterien durch die intakte Darmschleimhaut. »Wiener klin. Wochs.« 1907. — Dobrowolski St.: Zasady postępowania w położnictwie na podstawie sprawozdania z dziesięciolecia kliniki poł.-gin. Uniw. J. »Ginekologia« 1907. — Prof. A. Bonome: Sulla tuberculosi di origine alimentare. Milano 1907.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w październiku 1907: *Gazeta lekarska Nr 38—42:* Starkiewicz: Ś. p. Bolesław Żebrowski. Żebrowski Bol.: O stosunku substancyi uczulającej hemolitycznej do precypitynogenu. Heryng: Gruźlica migdałków i gardzieli (dok.). Jaworski J.: O leczeniu spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy. Ryłko: Przypadek mięsaka błony śluzowej trzonu macicy. Zebrowski Aleksander: W sprawie nieczalności i pooperacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego (dok.). Lewenstern: O uszkodzeniach kiszek pochodzenia urazowego przy zachowaniu całości powłok brzusznych. Polański: Zmiany chorobne oraz powikłania w nosie, gardzieli, krtani i narządzie słuchowym przy influency. Bychowski: Przyczynek do rozpoznania powierzchownych guzów mózgu. *Medycyna Nr 40—43:* Gryglewicz: Ś. p. Bolesław Żebrowski. Stankiewicz: O krwiomoczu. Paszkiewicz (dok.). Bieliński (c. d.). Steinhaus J.: Stosunek szybkości obiegu krwi do częstości tętna. Neugebauer: Fistula vesicovaginalis profunda. Hysterokleisis vesicalis. Sanatio. Borsuk: Przyczynek do sprawy powikłań przepuklin uwięzniętych. — *Kronika lekarska Nr 19—20:* Sędziak: Etyologia porażeń nerwów krtaniowych dolnych czyli wstecznych. Dudrewicz: O zapobieganiu cierpieniom narządu słuchowego. Giedroyć (c. d.). Bregman: O całkowitej utracie czucia. — *Tygodnik lekarski Nr 40—43:* Hornowski: O groźnych dla życia objawach, wywołanych przez opadanie trzew brzusznych. Cybulski i Tarchanow: Kilka słów w sprawie jadów w jelicie prawidłowem (doniesienie tymczasowe). Dobrucki: Przyczynek do chirurgii wgłobień. Spira: Przekrwienie bierne metodą Bier-Klappa w leczeniu chorób usznych. Popielski: O fizyologicznem działaniu i chemicznych własnościach wyciągów z treści i ścianek jelit. Sokołowski A.: Czy ludność żydowska częściej niż chrześcijańska zapada u nas na suchoty płucne? — *Czasopismo lekarskie Nr 9—10:* Lidmanowski: O wewnętrznem leczeniu niedrożności kiszek. Schoeneich: O zapaleniu nerek w przebiegu płonicy (dok.). W. Puławski: Dalsze przyczynki do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. Sędziak. Zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu cierpień dróg oddechowych. Piasecki: I. Niedrożność jelit w drugiej połowie ciąży. II. Przypadek odmy urazowej całkowicie zamkniętej. — *Nowiny lekarskie Nr 10:* Janowski: Dyagnostyka funkcyonalna serca i naczyń. W. Nowicki i J. Hornowski: Zmiany w tętnicy głównej królików po śródżylnych wstrzykiwaniach adrenaliny. Eisenberg: Nowe drogi i nowe zagadnienia w nauce o odporności. — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 7—9:* Łukasiewicz: Leczenie kiły wobec nowszych badań. Buraczyński: W sprawie żółtaczki we wczesnym okresie kiły. Leszczyński: Nowe zaróbki przetworów rtęciowych. Kozerski i Górkiewicz: Z osobistych spostrzeżeń w zakresie rentgenoterapii, radiumterapii i fototerapii. Bernhardt: O skombinowanem leczeniu wilka pospolitego. Świątkiewicz Józef: Leczenie tocznia żrącego eugallolem. Leszczyński: O leczeniu poronnem rzeżączki. — *Postęp okulistyczny Nr 9:* Wicherkiewicz: Przecięcie mięśni prostych dla zapobieżenia objawom zapalenia sympatycznego i dla względów kosmetycznych. Szymański: Czasowy nystagmus, wywołany przez polipa w uchu. *Kronika dentystyczna Nr 10:* Gońka: Która metoda leczenia zgorzeli miazgi i zaopatrywania korzeni daje najlepsze wyniki?

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 6 listopada o godz. 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska l. 4). Porządek dzienny: 1) Dr Radliński: Modyfikacye operacyi Bassiniego i operacyi żylaka powrózka nasiennego w związku z wynikami badań nad tętnicami jądra. 2) Demonstracye: Prym. Dr Borzęcki, Prof. Kader, Dr. Filipkiewicz, Doc. Gliński.

Po posiedzeniu wspólna **wieczerza koleżeńska.**

Kursa dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie

2. do 21. grudnia 1907.

Wyjaśnień udziela i zgłoszenia przyjmuje prof. Ciechanowski (Wielopole 4).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26 listopada do 2 grudnia 1907.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dni powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się w niedzielę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Nowak wspólnie z asystentem Dr Szymanowskim: Praktyczny kurs bakteryologii. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 K. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Bujwid: 1) Najprostsze sposoby rozpoznawania bakteryi chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 3—5 popołudniu. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. Tamże, 10 wykładów od 4—5 popołudniu, w dniach, później oznaczyć się mających. 3) Higieniczne badanie wody. Tamże, 5 wykładów, w dniach i godzinach później oznaczyć się mających. Czesne podane będzie później. Najmniej 5, najwyżej 15 uczestników.

Chemia lekarska.

Prof. Marchlewski wspólnie z asystentami Dr Koźniewskim i Dr. Mostowskim: Ćwiczenia praktyczne w chemii lekarskiej. W zakładzie chemii lek. (Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki i środy od 3—6 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Anatomia patologiczna, histologia praktyczna.

Prof. Ciechanowski: Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna z ćwiczeniami w sekcyach. W zakładzie anatomii patolog. (Collegium medicum, Grzegórzecka 22). 6 godzin tygodniowo, codziennie od 2—3 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Prof. Maziarski: Technika histologiczna (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie fizyologicznym (Collegium medicum). 5 godzin tygodniowo, w środy i soboty od 2—4½ popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Doc. Gliński: Dyagnostyka mikroskopowa guzów chorobowych z uwzględnieniem główniejszych metod badania. W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum), 8 godzin tygodniowo, w poniedziałki, wtorki, czwartki i piątki od 2—4 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Jaworski i Doc. Mięsowicz: Demonstracye ważniejszych przypadków klinicznych. W klinice lekarskiej (ulica Kopernika). Jedna godzina tygodniowo (w porze porannej, później oznaczyć się mającej). Czesne 10 kor.

Prof. Jaworski: O znaczeniu uodpornienia i leczenia surowicami w zastosowaniu klinicznem. Miejsce: Klinika lekarska. Wogóle 2 godziny (w porze później oznaczyć się mającej). — »Publicum« dla wszystkich uczestników kursu (bez osobnego czesnego).

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób wewnętrznych (ćwiczenia praktyczne) na materyale przychodnim. W klinice lekarskiej (ul. Kopernika). 3 godziny tygodniowo w porze porannej. Czesne 20 kor. Liczba uczestników nieograniczona.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (Klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 12 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godz. tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Prof. Kader wraz z asystentem Dr Radlińskim: Ćwiczenia teoretyczne i praktyczne z chirurgii szczegółowej. W klinice chirurgicznej (Kopernika 10). 14 godzin tygodniowo, codz. nie wyjmując Niedziel. Od 2. do 8. XII. od godz. 9—11 rano, od 9—21. XII. od 11—1 w południe. Czesne 60 koron. Najmniej 4, najwyżej 8 słuchaczy.

Kursa Doc. Rutkowskiego będą ogłoszone później.

Anatomia topograficzna.

Prof. Bochenek: Topografia narządów miednicy, z demonstracyami. W zakładzie anatomii opisowej (Kopernika 12). 3 godziny tygodniowo, w poniedziałki, wtorki i środy od 6—7 wieczór. Czesne 15 koron. Najmniej 10 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej, którą dokładniej później się oznaczy. Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (j. w.). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Doc. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5 do 7 wieczór. Czesne oznaczone będzie później.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od $8^{1}/_{2}$ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników. Początek kursu 10. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 11. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami: Dr Cetnarowskim, Jaworowskim i Morawskim: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15), 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Doc. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Kurs Doc. Brauna ogłoszony będzie później.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka) 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9.	Neurologia (Prof. Domański) 3 godz. tyg.
8—10.	Dermatologia i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.
	Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
9—10.	Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11.	Chirurgia (Prof. Bossowski) codz. — Prof. Kader od 2—8. XII.
10—11.	Położnictwo (Doc. Dobrowolski) codz.
10—12.	Pedyatrya (Prof. Lewkowicz) codz. prócz sobót.
11—1.	Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki. — Chirurgia (Prof. Kader i Dr Radliński od 9. XII, codz.
Pora poranna na razie nie oznaczona.	Medycyna wewn. (Prof. Jaworski i Doc. Mięsowicz) 1 g. tyg. (Doc. Latkowski) 3 g. tyg. Laryngologia i otyatrya (Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
2—3.	Dyagnostyka anatom. patol. (Prof. Ciechanowski) codz.
2—$4^{1}/_{2}$.	Technika histol. (Prof. Maziarski) środy i soboty. Dyagnostyka histopatologiczna (Doc. Gliński) inne dni.
3—5.	Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
3—6.	Chemia lek. (Prof. Marchlewski) poniedz. i środy.
4—5.	Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
	Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
	Szczepienie ochronne (Prof. Bujwid) 10 wykładów.
4—6.	Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6.	Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót.
5—7.	Badania laryngol. (Doc. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—7.	Anatomia topogr. miednicy (Prof. Bochenek) poniedz., wtorki, środy.
6—8.	Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki.
Pora popołudn. na razie nie oznaczona.	Wziernikowanie oka. Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) (5 wykł.).

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Woda Krościeńska

ze zdroju Stefana

o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.

Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny: Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.

Xeroform Zupełnie nietrujący, wysuszający, odwaniający proszek do posypywania ran o wielkiej sile wywołującej pokrywanie się ran naskórkiem i bez wszelkiego działania drażniącego na ranę i jej otoczenie. Nadaje się wybitnie do opatrywania na sucho. Rzadka zmiana opatrunku. Posiada działanie swoiste przy sączących wypryskach, wrzodzie goleni, oparzeniach.

Salit Płynny związek salicylu. Tanie, szybko uśmierzające ból wcieranie we wszelakich cierpieniach gośćcowych. Skóra znosi go dobrze także bez rozcieńczenia. Bez działania ubocznego na narządy wewnętrzne.

Duotal Duotal „Heyden“, nietrujący, bezwonny i bez smaku przetwór gwajakolu. Wyborny lek w gruźlicy płuc i przewlekłych nieżytach narządów oddechowych.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 a

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie 43

przez dzieci i kobiety

Wystawa hig. Wiedeń 1906: Nagroda państw. i dypl. hon. do medalu złotego.

Odznaczone kilkakrotnie. — Przeszło 5000 orzeczeń lekarskich. Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki.

J. Serravallo. Triest-Barcola.

ABACYA 306

Dr Marek Berger

ordynuje od października do maja

latem w IWONICZU.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8,50, z przesyłką pocztową Rbs. 9.

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

Salzbrunner Oberbrunnen

Znany w medycynie od 160 l.

Polecany przez lekarzy przy cierpieniach narządów oddechowych, przy nieżycie żołądka i jelit, przy chorobach wątroby, przy cierpieniach nerkowych i pęcherzowych, dnie i cukrzycy.

Rozsyłka Książęcych wód mineralnych w Ober-Salzbrunn

Echt nur wenn der Flaschenverschluss diese Schutzmarke trägt. OBER SALZBRUNN

MARKA OCHRONNA

Furbach & Strieboll

Bad Salzbrunn i/Schl.

Dr Józef Zakrzewski

zamknął na zimę ZAKŁAD LECZNICZY „Maryówkę“ pod Lwowem, a ordynować będzie od 25-go października do końca kwietnia 1908

w Zakładzie zimowym Dr H. EBERSA

na LIDO pod Wenecyą 311

jako kierownik oddziału kobiecego.

Borovertin

szybko działający, niedrażniący, środek odkażający mocz

Rurka po 20 kołaczyków po 0,5 gr: borovertiny. 9

Piśmiennictwo do rozporządzenia Panów Lekarzy.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmaceutische Abteilung, Berlin S. O. 36.

POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ — POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“ PIOTRA MIKOLASCHA

wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca ustalonej sławy **WINA LECZNICZE**
przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych

Dr med. J. Maciejewski

ordynuje od 1-go października począwszy do pierwszych dni maja 308b

w Wiesbaden, Röderstrasse 34, I. p.

Kąpiele lecznicze wszelkiego rodzaju, elektroterapia, zabiegi wodolecznicze, masaż aktywny, wibracyjny i ręczny.

Latem praktykuje jak zwykle w **Kissingen**, gdzie zarazem przyjmuje chorych w swoim pensyonacie dyetetycznym.

SANATORIUM REKAWINKEL
dla nerwowo i umysłowo chorych
pod Wiedniem (kolej zachodnia).

System pawilonowy; wszystkie pomocnicze środki lecznicze. Piękne położenie w lasku wiedeńskim. 310

Otwarte przez cały rok. — Telefon międzymiastowy: REKAWINKEL 2.

GLYCEROPHOSPHATE
GRANULÉ
ROBIN
105 b



Glycerofosfat wapnia i sody.

Jedyny fosfat ulegający asymilacyi i nie psujący żołądka.

Wprowadzony w szpitalach paryskich.

Działa niechybnie w przypadkach: **krzywicy, osłabienia kości, upośledzonego wzrostu u dzieci, karmienia, ciąży, neurastenii, przemęczenia umysłowego i t. d.**

Bardzo miły w smaku, zażywa się w małej ilości wody lub mleka. — Dla chorych na cukrzycę wyrabia się w kształcie pastylek.

Sprzedaż en gros: 13 rue de Poissy, Paris.

Drobiazgowa: w pierwszorzędnych aptekach.

„HYGEA“ CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA“

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze

w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotalem („Heyden“), duotalem („Heyden“), kreosotem, gonorolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuolem, olejem rycynowym, olejkiem santałowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w. innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawce wyrobów, upraszam dodawać na receptach: „fabr. ZAHRADNIK in scat. orig“.

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK“.

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej. „Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej“.

202

Proszę przepisywać i żądać tylko:

Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK“.

Piśmiennictwo i próbki na żądanie.